

Zur Vorlage beim:

Landesverwaltungsamt
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Maxim-Gorki-Str. 7
06114 Halle (Saale)

Ärztliche Bescheinigung

Herr/Frau _____

geboren am _____ in _____

wohnhaft _____

wurde von mir am _____ persönlich untersucht und ist in gesundheitlicher
Hinsicht zur Ausübung des Berufs als

(beantragte Berufsbezeichnung angeben)

nicht ungeeignet.

Ort, Datum

Unterschrift **und**
Stempel mit Bezeichnung der
Einrichtung des Arztes