

Ärztliche Bescheinigung

Herr/Frau _____

geboren am _____ in _____

wohnhaft _____

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes* als

- Apothekerin/Apotheker
- Ärztin/Arzt
- Medizinphysikerin/Medizinphysiker
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Psychotherapeutin/Psychotherapeut
- Tierärztin/Tierarzt
- Zahnärztin/Zahnarzt

nicht ungeeignet.

....., den

.....

(Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Internetadresse: www.berlin.de/lageso/