



## Ärztliches Attest

zur Vorlage beim zuständigen Gesundheitsamt

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass

Herr / Frau \_\_\_\_\_,

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

infolge eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche seiner / ihrer  
geistigen/psychischen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht die für die  
Berufsausübung als Heilpraktiker/in erforderliche Eignung fehlt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes