

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Stadt Ingolstadt

Name ausstellende/r Arzt / Ärztin,
Praxisanschrift oder Praxisstempel

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Heilpraktikerberufs

Ausstellungsdatum:

von

Nachname	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsort

- zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation
- zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation, beschränkt auf das Gebiet der **Psychotherapie**
- zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation, beschränkt auf das Gebiet der **Physiotherapie**
- zur Erteilung der Psychotherapie-Erlaubnis nach HeilprG für Diplom-Psychologen

Die/ Der Vorgenannte wurde heute von mir untersucht.

Sie/ Er ist in physischer und psychischer Hinsicht geeignet zur Ausübung des Heilpraktikerberufes/ der Psychotherapie. Sie/ er ist frei von Suchtkrankheiten.

Ergänzende Bemerkungen / Einschränkungen:

Unterschrift der Ärztin/des Arztes