

**Ärztliches Zeugnis**  
**zur Berufsausübung der / des Heilpraktikerin/s (Psychotherapie)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die am \_\_\_\_\_ erfolgte Untersuchung der / des

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

ergab, dass der / die Untersuchte in gesundheitlicher, also in physischer und psychischer Hinsicht zur Ausübung des Berufs **Heilpraktiker/in (Psychotherapie)** geeignet ist.

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

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt