

Ärztliche Bescheinigung

zum Antrag auf Erteilung der
Berufserlaubnis / Approbation **nach § 13 ZHG / § 2 ZHG**

(Vor- und Zuname)

(geb. am)

(in)

wurde von mir am _____ ärztlich untersucht.

Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass der/die oben Genannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen/einer Familienangehörigen oder Lebensgefährten/Lebensgefährtin der untersuchten Person durchgeführt.

Unterschrift und Stempel des Arztes