

Stempel des Arztes/ggf Name und Anschrift in
Blockschrift

Ausstellungsdatum

☎ ()

**Ärztliches Zeugnis zur Vorlage beim Gesundheitsamt der Stadt Dortmund zwecks
Erteilung der eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung
auf dem Gebiet der Psychotherapie**

Name/Vorname(n)

geboren am/in

wohnhaft

Die/der Vorgenannte wurde heute von mir untersucht.

() Nach meinen Feststellungen ist die/der Betreffende nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur
Ausübung des o.g. Berufs ungeeignet.

() Vorgenanntes kann nicht oder nicht uneingeschränkt bestätigt werden:

(Unterschrift/ Stempel)

