

**Ärztliches Attest für die Zulassung zur Heilpraktikerprüfung (Psychotherapie) sowie der Erteilung
der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde als Heilpraktiker (Psychotherapie)**

Der/Die Patient/Patientin

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

leidet weder an einem körperlichen Gebrechen noch an einer Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte. Eine Suchterkrankung liegt nicht vor.

Der/Die Patient/Patientin ist daher nach meiner Feststellung in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des oben genannten Berufes geeignet.

_____ (Ort, Datum, Stempel Arzt)

_____ (Unterschrift des Arztes)