

Praxisstempel

**Ärztliches Attest**  
zur Vorlage beim zuständigen Gesundheitsamt

Nach der von mir heute durchgeführten Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass

Vorname, Name \_\_\_\_\_ ,  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ ,  
wohnhaft \_\_\_\_\_ ,  
\_\_\_\_\_

infolge eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche ihrer/ seiner geistigen/ psychischen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht die für die Berufsausübung als Heilpraktiker/in erforderliche Eignung fehlt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes