

Heilpraktiker

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Gesundheitsamt (Abteilung 5.3) der Kreisverwaltung Kleve

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Der/Dem Obengenannten wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, das ihr/ihm, infolge eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht, die für die Berufsausbildung des Heilpraktikers erforderliche Eignung fehlt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des
behandelnden Arztes