# Ärztliche Bescheinigung

zum Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz (HPG)

Hiermit bestätige ich, dass bei              geb.

wohnhaft      ,

keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass  wegen eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht, die für die Ausübung des Berufs als  erforderliche Eignung fehlt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum) (Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes)