

An die  
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz  
-Landesprüfungsamt für Heilberufe-  
zu Hd. Frau Klüssendorf (G 1139)  
Billstraße 80  
20539 Hamburg

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe**  
Anlage zum Antrag auf Approbation einer Approbation als Zahnärztin/ Zahnarzt

---

Frau/Herr (Vorname, Name, Geburtsdatum)

---

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

Hierbei ist festgestellt worden, dass sie/er

- nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als Zahnärztin/ Zahnarzt ungeeignet ist.**

Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische Einschränkungen noch akute oder chronische Erkrankungen (Infektionskrankheiten wie z. B. Hepatitis B und C) oder Suchterkrankungen vorliegen

- in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als Zahnärztin/ Zahnarzt ungeeignet ist.

---

(Ort, Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin)

Praxisstempel