

Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G1134
Postfach 760 106
22051 Hamburg

**Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die
Erteilung der Approbation als Psychotherapeutin / Psychotherapeut**

Frau / Herr

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

Hierbei ist festgestellt worden, dass sie / er

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ungeeignet ist.

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

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten der untersuchten Person durchgeführt.

Ort, Datum

(Praxisstempel)

Unterschrift der Ärztin / des Arztes