APPROBATION

Vordruck 2

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 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

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 Psychologischen Psychotherapeutin/ des Psychologischen Psychotherapeuten bzw. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten **ungeeignet** ist.

☐ in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Psychologischen Psychotherapeutin/ des Psychologischen Psychotherapeuten bzw. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten **ungeeignet** ist.

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

_____
Ort, Datum

(Praxisstempel)

_____
Unterschrift der Ärztin/ des Arztes