

## Anlage 2    **Ärztliche Bescheinigung**

*Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:*

**Regierungspräsidium Stuttgart**  
**-Referat 95-**  
**Nordbahnhofstraße 135**  
**70191 Stuttgart**

### **Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Regierungspräsidium Stuttgart**

Hiermit bescheinige ich, dass bei Frau/Herrn

\_\_\_\_\_ (Name), \_\_\_\_\_ (Vorname)

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

nach eingehender Untersuchung keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes\* als Ärztin/Arzt ungeeignet ist.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

\*Eine entsprechende Bestätigung darf ausgestellt werden, wenn eine auf einer Krankheit, Behinderung oder Sucht beruhende gesundheitliche Einschränkung nicht so ausgeprägt ist, dass sie die körperlichen und/oder geistigen Kräfte der/des Antragstellerin/Antragstellers in einer Weise schwächen, dass diese/r zu einer ordnungsgemäßen Ausübung des ärztlichen Berufs nicht befähigt ist.