

Ärztliche Bescheinigung

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass

Herr/Frau..... in gesundheitlicher Hinsicht zur

Ausübung des Berufes als Zahnärztin/Zahnarzt ungeeignet ist.

.....

(Ort/Datum)

.....

(Unterschrift und Arztstempel)