

## Ärztliche Bescheinigung

zum Antrag auf Erteilung der  
Berufserlaubnis / Approbation **nach § 10 BÄO / § 3 BÄO**

---

(Vor- und Zuname)

---

(geb. am)

(in)

wurde von mir am \_\_\_\_\_ ärztlich untersucht.

Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass der/die oben Genannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des ärztlichen Berufes ungeeignet ist.

Unterschrift und Stempel des Arztes