

Stempel des Arztes/ggf Name und Anschrift in  
Blockschrift

☎ (     )

Ausstellungsdatum

**Ärztliches Zeugnis zur Vorlage beim Gesundheitsamt der Stadt Dortmund zwecks  
Erteilung der eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung  
auf dem Gebiet der Psychotherapie**

Name/Vorname(n)

geboren am/in

wohnhaft

Die/der Vorgenannte wurde heute von mir untersucht.

Nach meinen Feststellungen ist die/der Betreffende in gesundheitlicher Hinsicht zur  
Ausübung des o.g. Berufs geeignet.

Vorgenanntes kann nicht oder nicht uneingeschränkt bestätigt werden:

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/ Stempel)

