

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Gesundheitsamt der Stadt Duisburg für die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie gem. § 2 Abs. 1 Heilpraktikergesetz (HeilprG) in Verbindung mit § 2 Erste Durchführungsverordnung zum HeilprG (HeilprGDV 1) in der jeweils gültigen Fassung**

**Antragsteller\*in**

Familienname		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**Untersuchende/r Ärztin/Arzt**

Name		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Untersuchung am:			
<input type="text"/>			

Die Antragstellerin bzw. der Antragsteller wurde heute von mir untersucht.

- Nach meinen Feststellungen ist die/der Betreffende in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Heilpraktikerin oder des Heilpraktikers (Psychotherapie) geeignet.
- Vorgenanntes kann nicht oder nicht uneingeschränkt bestätigt werden.

Gegebenenfalls Bemerkungen durch die Ärztin oder den Arzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes