

# Ärztliches Attest

---

(Frau/Herr)

---

(geboren am,      Geburtsort)

---

(wohnhaft)

ist heute von mir ärztlich untersucht worden.

Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des Berufs als

## Zahnärztin / Zahnarzt

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten des Probanden durchgeführt.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)  
(Name und Berufsbezeichnung des Untersuchenden)

---

(Stempel oder Siegel des Arztes/  
Klinik einschl. Kontaktadresse)