

# Ärztliches Attest

zur Vorlage beim Gesundheitsamt Viersen

## Angaben zur untersuchten Person:

Name:

Vorname:

Geburtstag:

Geburtsort:

Adresse:

## Erklärung des behandelnden Arztes

Hiermit wird der/ dem Obengenannten bescheinigt, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Heilpraktikerin/ des Heilpraktikers geeignet ist.

---

Ort, Datum

---

Stempel u. Unterschrift des  
behandelnden Arztes