Ärztliche Bescheinigung

Ein Anhaltspunkt dafür, dass

☐ Frau ☐ Herr

akad. Grad, Nachname

Vorname(n)

Geburtsdatum

Geburtsort (ohne Postleitzahl)

aus medizinischer Sicht zur Ausübung des Berufes

☐ Arzt/Ärztin
☐ Zahnarzt/Zahnärztin
☐ Apotheker/Apothekerin
☐ Psychotherapeut/in
☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in

ungeeignet ist, hat sich

☐ nicht ergeben.

☐ in folgender Hinsicht ergeben:

Der ausstellende Arzt ist mit der untersuchten Person weder verwandt noch verschwägert (§ 20 Abs. 1 Ziff. 2 i.V.m. Abs. 5 VwVfG).

Datenschutzhinweis
Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten, finden Sie unter dem Link https://www.lds.sachsen.de/datenschutz sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass alle für die Erteilung einer Approbation und Berufserlaubnis zu erhebenden Daten bei der Landesdirektion Sachsen verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Landesdirektion Sachsen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes, der Arztpraxis bzw. des Krankenhauses mit Name und Anschrift

sms_lpa_Aerztl_Besch
Stand: 19.12.2025