



**an:**

Stadt Weiden i.d.OPf.  
Amt für öffentliche Ordnung  
- Ordnungsabteilung -  
Dr.-Pfleger-Straße 15  
92637 Weiden

Posteingang:

## Ärztliches Attest Zum Antrag auf Erteilung der Erlaubnis nach § 1 Heilpraktikergesetz

Der/die Antragsteller/in

Name (ggf. frühere Namen)		Vorname (bitte alle Vornamen angeben)	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde, Landkreis, Land)		

- leidet weder an einem körperlichen Gebrechen noch an einer Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte. Auch eine Suchterkrankung liegt nicht vor.  
Er/Sie ist deshalb in gesundheitlicher Hinsicht uneingeschränkt geeignet, die Heilkunde ohne Bestallung berufsmäßig auszuüben.
- leidet an einem körperlichen Gebrechen / an einer Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte / einer Suchterkrankung (Unzutreffendes bitte streichen).  
Er/Sie ist in gesundheitlicher Hinsicht daher nur eingeschränkt geeignet, die Heilkunde ohne Bestallung berufsmäßig auszuüben (Konkrete Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Berufsausübung sind auf einem Beiblatt zu dokumentieren und dem Antrag beizufügen).

Ort, Datum, Stempel des ausstellenden Arztes

Unterschrift des Arztes