	_	
Stempel des Arztes/ggf Name und Anschrift in Blockschrift		Ausstellungsdatum
<b>2</b> ( )		
	_	
Ärztliches Zougnis zur Vorlage bei	m Casundhaitsamt dar Stad	t Dortmund zwoeks
Ärztliches Zeugnis zur Vorlage beim Gesundheitsamt der Stadt Dortmund zwecks Erteilung der eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung auf dem Gebiet der Psychotherapie		
Name/Vorname(n)		
Trainer vorname(n)		
geboren am/in		
7.7.6		
wohnhaft		
Die/den Veneen ennte wurde heute von min untersucht		
Die/der Vorgenannte wurde heute von mir untersucht.		
( ) Nach meinen Feststellungen ist die/der Betreffende in gesundheitlicher Hinsicht zur		
Ausübung des o.g. Berufs geeignet.		
Ausubung des o.g. Beruis geeignet.		
( ) Vorgenanntes kann nicht oder nicht uneingeschränkt bestätigt werden:		
( ) Vorgenanntes kann ment oder ment unemgesemankt bestätigt werden.		

(Unterschrift/ Stempel)