

Anlage 2 **Ärztliche Bescheinigung**

Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:

**Regierungspräsidium Stuttgart
Referat 98
Herrn Fitzel
Ruppmannstr. 21
70565 Stuttgart**

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Regierungspräsidium Stuttgart

Hiermit bescheinige ich, dass bei Frau/Herrn

_____ (Name), _____ (Vorname)

geb. am _____

wohnhaft in _____

nach eingehender Untersuchung keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie/er in

gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes* als Apotheker/Apothekerin ungeeignet ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

*Eine entsprechende Bestätigung darf ausgestellt werden, wenn eine auf einer Krankheit, Behinderung oder Sucht beruhende gesundheitliche Einschränkung nicht so ausgeprägt ist, dass sie die körperlichen und/oder geistigen Kräfte der antragstellenden Person in einer Weise schmälern, dass diese zu einer ordnungsgemäßen Ausübung des pharmazeutischen Berufs nicht befähigt ist.