

Praxisstempel der Ärztin/des Arztes

Ausstellungsdatum

**Ärztliches Attest**  
zur Vorlage bei der Landeshauptstadt Kiel – Amt für Gesundheit

Frau/Herr \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

Die/Der Vorgenannte wurde heute von mir untersucht.

Sie/Er ist gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe g HeilprGDV 1<sup>1</sup> in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs Heilpraktikerin/Heilpraktiker geeignet.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

<sup>1</sup> Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz - HeilprGDV 1) vom 18.02.1939 (RGBl I S. 259) zuletzt geändert durch Art. 17f G vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3191)