**ÄRZTLICHES ATTEST**

Zur Vorlage beim Bundesministerium für Gesundheit

Abteilung II/A/3

Radetzkystraße 2, 1031 Wien

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zweck der Untersuchung:** Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß §17

 Abs. 5 des Psychotherapiegesetzes, BGBl.Nr. 361/1990

Es wird hiermit bestätigt, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die für die Berufsausübung als Psychotherapeut/Psychotherapeutin nötige gesundheitliche Eignung besitzt.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort / Datum Unterschrift und Stampiglie der untersuchenden

 Ärztin/des untersuchenden Arztes für Allgemeinmedizin