

Bescheinigung

über die gesundheitliche Beratung nach § 10 ProstSchG

PROFESSORIN

Name, Vorname / Alias

07.12.1989

Geburtsdatum

**Gesundheitsamt
Düsseldorf**

Ausstellende Behörde

16.04.2026

Datum der Beratung

**Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt**

Stempel der Behörde

04/2027

nächste Beratung (MM/JJJJ)