

Ärztliches Zeugnis
zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung für den Beruf
der Physiotherapeutin/ des Physiotherapeuten

Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
PLZ, Wohnort:	
Straße/ Nr.:	

Bestehen Bedenken bezüglich der Berufseignung auf Grund von physischen und/ oder psychischen Beeinträchtigungen?

Ja Nein Wenn ja, welche?

Bestehen akute und/ oder chronischen Erkrankungen?

Ja Nein Wenn ja, welche?

Bestehen Sucht-, Abhängigkeit- oder Anfallsleiden?

Ja Nein Wenn ja, welche?

Ist die physische Berufseignung gegeben?

Ja Nein unter Vorbehalt Wenn Vorbehalte bestehen, welche?

Ist vollständige Sporttauglichkeit gegeben?

Ja Nein unter Vorbehalt Wenn Vorbehalt bestehen, welche?

Folgende Impfungen sind durchgeführt:

Masern/ Mumps/ Röteln Hepatitis B Diphtherie Tetanus

Name der Ärztin/ des Arztes:

Unterschrift der Ärztin/ der Arztes:

Datum:

Stempel der ärztlichen Einrichtung