Kolping Gesundheitsschulen gGmbH Berufsfachschule für Physiotherapie

Ärzliches ZeugnisDieses Formular ist elektronisch ausfüllbar.

Ort, Datum



Kolping Gesundheitsschulen gGmbH Berufsfachschule für Physiotherapie **E-Mail** backnang@kolping-physiotherapie.de **E-Mail** Stuttgart@kolping-physiotherapie.de www.kolping-physiotherapie.de

Persönliche Da	ten		
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße:			
PLZ/Ort:			
Es bestehen körp	es untersuchenden Arztes über: Derliche und geistige Bedenken den Beru Nein a, welche:	ıf des Physiotherapeuten/in au	ıszuüben!
Ja	ten und chronischen Erkrankungen! Nein a, welche:		
☐ Ja Körperliche Eign	nt-, Abhängigkeit- oder Anfallsleiden! Nein ung zum/zur Physiotherapeuten/in ist ge Nein unter Vorbehalt, welche:		
Volle Sporttaugli	chkeit zum/zur Physiotherapeuten/in ist	gegeben! orbehalt	
	gen sind durchgeführt: sern/ Mumps/ Röteln	is B 🔲 Diphtherie	☐ Tetanus

(Stempel und Unterschrift des/ der Arztes/ Ärztin)