

Ärztliches Zeugnis

Dieses Formular ist elektronisch ausfüllbar.

Persönliche Daten

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Straße:
PLZ/Ort:

Beurteilung des untersuchenden Arztes über:

Es bestehen körperliche und geistige Bedenken den Beruf des Physiotherapeuten/in auszuüben!

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Es bestehen akuten und chronischen Erkrankungen!

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Es bestehen Sucht-, Abhängigkeit- oder Anfallsleiden!

Ja Nein

Körperliche Eignung zum/zur Physiotherapeuten/in ist gegeben!

Ja Nein unter Vorbehalt

Wenn Vorbehalt, welche:

Volle Sporttauglichkeit zum/zur Physiotherapeuten/in ist gegeben!

Ja Nein unter Vorbehalt

Wenn Vorbehalt, welche:

Folgende Impfungen sind durchgeführt:

Masern/ Mumps/ Röteln Hepatitis B Diphtherie Tetanus

Ort, Datum

(Stempel und Unterschrift des/ der Arztes/ Ärztin)