Kolping Gesundheitsschulen gGmbH
Berufsfachschule für Physiotherapie

Ärztliches Zeugnis

Dieses Formular ist elektronisch ausfüllbar.

KOLPING BILDUNG

Kolping Gesundheitsschulen gGmbH
Berufsfachschule für Physiotherapie
E-Mail: backnang@kbw-gruppe.de
E-Mail: info.physio.stuttgart@kbw-gruppe.de
www.kolping-physiotherapie.de

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)