

## Ärztliche Bescheinigung

Sehr geehrte/r untersuchende/r Ärztin/Arzt und sehr geehrte/r zu Untersuchende/r,

Diese Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs  
"Physiotherapeut/in ist Voraussetzung für den Zugang zur entsprechenden Ausbildung.

Hiermit wird bescheinigt, dass bei

Frau / Herrn \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

bitte ankreuzen:

- ( ) aus ärztlicher Sicht keine Einschränkungen vorliegen und sie / er nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer / seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Berufsausbildung bzw. Ausübung des Berufes der / des Physiotherapeutin / Physiotherapeuten unfähig oder ungeeignet ist.
  
- ( ) Einschränkungen vorliegen, die die Berufsausbildung bzw. Ausübung des Berufes der / des Physiotherapeutin / Physiotherapeuten in Frage stellen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel der Arztpraxis

## Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr: \_\_\_\_\_

Es besteht folgender verpflichtender Impfschutz:

**Tetanus, Diphtherie:** mind. 3 Impfungen, letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja                      letzte Impfung am: \_\_\_\_\_                       Nein

**Keuchhusten:** letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja                      letzte Impfung am: \_\_\_\_\_                       Nein

**Polio:** mind. 4 Impfungen, letzte nach dem 8. Lebensjahr

Ja                      letzte Impfung am: \_\_\_\_\_                       Nein

**Masern/Mumps/Röteln (MMR):** mind. 2 Impfungen

Ja                      letzte Impfung am: \_\_\_\_\_                       Nein

**Varizellen:** mind. 2 Impfungen o. serologisch nachgewiesene durchgemachte Windpocken-Erkrankung

Ja                      letzte Impfung am: \_\_\_\_\_                       Nein

**Hepatitis B:** mind. 3 Impfungen und im Labor nachgewiesener Schutz (Hßs-Ak > 100)

Ja                      letzte Impfung am: \_\_\_\_\_                       Nein

**Hepatitis A (empfohlen):** 2 Impfungen im Abstand von 6 Monaten

Ja                      letzte Impfung am: \_\_\_\_\_                       Nein

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel der Arztpraxis