

Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr: _____

Es besteht folgender Impfschutz bis (Statusabfrage):

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 (HbS-Ak > 100)

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

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

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Sars-CoV-2: voller Impfschutz (laut Infektionsschutzgesetz §22a):

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Ort/Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel der Arztpraxis

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 _____

wohnhaf 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