

**Ärztliches Zeugnis**  
zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung für den Beruf  
der Physiotherapeutin/ des Physiotherapeuten

Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
PLZ, Wohnort:	
Straße/ Nr.:	

Bestehen Bedenken bezüglich der Berufseignung auf Grund von physischen und/ oder psychischen Beeinträchtigungen?

Ja       Nein      Wenn ja, welche?  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bestehen akute und/ oder chronischen Erkrankungen?

Ja       Nein      Wenn ja, welche?  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bestehen Sucht-, Abhängigkeit- oder Anfallsleiden?

Ja       Nein      Wenn ja, welche?  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ist die physische Berufseignung gegeben?

Ja       Nein       unter Vorbehalt      Wenn Vorbehalte bestehen, welche?  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ist vollständige Sporttauglichkeit gegeben?

Ja       Nein       unter Vorbehalt      Wenn Vorbehalt bestehen, welche?  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Folgende Impfungen sind durchgeführt:

- zweifache Masernimpfung (§20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz)  
bzw. der Masernschutz wurde über eine Titerbestimmung überprüft
- Mumps/Röteln     Hepatitis B     Diphtherie     Tetanus     Covid 19

Name der Ärztin/ des Arztes: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes:

Datum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Stempel der ärztlichen Einrichtung