



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

Persönlichen Daten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Bestehen akute und/ oder chronische Erkrankungen?

Ja       Nein      Wenn ja, welche?

Bestehen Sucht-, Abhängigkeits- oder Anfallsleiden?

Ja       Nein      Wenn ja, welche?

Ist die physische Berufseignung gegeben?

Ja       Nein       unter Vorbehalt      Wenn Vorbehalte bestehen, welche?

Ist eine vollständige Sporttauglichkeit gegeben?

Ja       Nein       unter Vorbehalt      Wenn Vorbehalte bestehen, welche?

Bestehen Bedenken bezüglich der Berufseignung auf Grund von psychischen Beeinträchtigungen?

Ja       Nein      Wenn ja, welche?

Masern- Impfschutz ist gegeben (Vorgabe lt. Infektionsschutzgesetz)

Ja       Nein

*Bitte fügen Sie einen Nachweis über den bestehenden Masern-Impfschutz (zwei Impfungen) bei.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel und Unterschrift Ärztin/ Arzt