

Gesundheits-Check

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

Persönliche Daten

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Geburtsname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße

.....
PLZ, Wohnort

Bestehen Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates? ja nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Einschränkungen der Sporttauglichkeit? ja nein

Wenn ja, welche?

Sind psychische Erkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

Bestehen sonstige, akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Es besteht ein Impfschutz betreffend:

Masern ja nein

Hepatitis B ja nein

Der Untersuchte ist körperlich und psychisch für den Beruf als Physiotherapeut*in

uneingeschränkt geeignet

bedingt geeignet

ungeeignet

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes*in