



Ärztliche Bescheinigung

über die gesundheitliche Eignung und zum Impfschutz

Frau/Herr _____ geb. am _____

Ist zur Zeit

frei von ansteckenden Krankheiten

ja

nein

und körperlich

geistig

gesund.

Aus ärztlicher Sicht bestehen zur Durchführung der Ausbildung zum/r Physiotherapeuten/in

Keine Bedenken

Bedenken.

Es liegt folgende Impfschutz vor:

Hepatitis A Impfschutz Ja Nein

Hepatitis B Impfschutz Ja Nein

Tetanus, Diphtherie, Pertussis Ja Nein

Poliomyelitis Ja Nein

Mumps, Masern, Röteln Ja Nein

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes