

Ärztliches Zeugnis
Kolping Bildung Nordwürttemberg gGmbH
Berufsfachschule für Physiotherapie

Persönliche Daten:

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

Beurteilung des untersuchenden Arztes über:

Es bestehen körperliche und geistige Bedenken den Beruf des Physiotherapeuten/in auszuüben!

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Es bestehen akuten und chronischen Erkrankungen!

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Es bestehen Sucht-, Abhängigkeit- oder Anfallsleiden!

Ja Nein

Körperliche Eignung zum/ zur Physiotherapeuten/in ist gegeben!

Ja Nein unter Vorbehalt

Wenn Vorbehalt, welche:

Volle Sporttauglichkeit zum/ zur Physiotherapeuten/in ist gegeben!

Ja Nein unter Vorbehalt

Wenn Vorbehalt, welche:

Folgende Impfungen sind durchgeführt:

Masern/ Mumps/ Röteln Hepatitis B Diphtherie Tetanus

Ort, Datum:

(Stempel und Unterschrift des/ der Arztes/ Ärztin)