



Ärztliches Attest zur Vorlage in der Physiotherapieschule

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Der/Die Genannte/r ist heute von mir untersucht worden:

Bestehen Erkrankungen am Bewegungsapparat ? Ja nein

Bestehen chronische Erkrankungen? Ja nein

Bestehen psychische Erkrankungen? Ja nein

Beurteilung des untersuchenden Arztes

Körperliche Eignung zum/zur Physiotherapeuten/in: Ja nein

Volle Sporttauglichkeit: Ja nein

Es besteht eine ausreichende Immunität gegen Masern
(Infektionsschutzgesetz §§ 23 a und 33) Ja nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes