

.....  
PLZ, Ort, Datum

## Ärztliche Untersuchung zur Berufseignung

Herr/Frau:.....

Geb. am:.....

Wohnhaft in.....

Wurde von mir zum Zwecke der Feststellung der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufes als Physiotherapeut/in am ..... untersucht.

Die Untersuchung ergab, dass Herr/Frau ..... für die Ausübung des Berufs als Physiotherapeut/in

gesundheitlich geeignet ist

nur mit folgenden Einschränkungen gesundheitlich geeignet ist:

.....  
.....  
.....

.....  
Untersuchende/r Ärztin/Arzt

Stempel