

.....
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.

Bei Herrn / Frau

- liegen Erkrankungen vor -
- liegen keine Erkrankungen vor -

die zu einer Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Ausübung des Berufs als
Physiotherapeut/in führen können.

(Nicht-Zutreffendes bitte durchstreichen)

Bemerkung:

.....
Untersuchende/r Ärztin/Arzt

Stempel