



Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr _____ geb. am _____

stellte sich am _____ in meiner Praxis zur Untersuchung vor.

Es lag zum obigen Zeitpunkt kein Anhalt vor, dass die / der o.g. wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwächen ihrer / seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als Physiotherapeut/-in unfähig oder ungeeignet wäre.

Es besteht folgender Impfschutz bis:

Tetanus, Diphtherie: mind. 3 Impfungen, letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja, letzte Impfung am _____ Nein

Keuchhusten: letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja, letzte Impfung am _____ Nein

Polio: mind. 4 Impfungen, letzte nach dem 8. Lebensjahr

Ja, letzte Impfung am _____ Nein

Masern / Mumps / Röteln (MMR): mind. 2 Impfungen

Ja, letzte Impfung am _____ Nein

Varizellen: mind. 2 Impfungen o. serologisch nachgewiesene durchgemachte Windpocken-Erkrankung

Ja, letzte Impfung am _____ Nein

Hepatitis B: mind. 3 Impfungen und im Labor nachgewiesener Schutz (HBs-Ak > 100)

Ja, letzte Impfung am _____ Nein

Hepatitis A (empfohlen): 2 Impfungen im Abstand von 6 Monaten

Ja, letzte Impfung am _____ Nein

Ort / Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel der Arztpraxis