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