



## 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