

# Ärztliches Zeugnis

zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung zur Ausbildung als Physiotherapeut/in in  
der Berufsfachschule für Physiotherapie der PhysioFRG gGmbH Freyung  
Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen -

## PERSONALIEN:

Name: .....

Vorname: ..... Geb. - Datum:.....

Anschrift: .....

Sind Krankheiten bekannt, welche die Ausübung  
des Berufes als Physiotherapeut/in erschweren?  
(z.B. Erkrankungen des Haltungs- und  
Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen,  
Stoffwechselkrankheiten, pulmonale oder cardiale  
Beschwerden ect.)

Nein

Ja, folgende.....

.....

.....

Hat der/die Bewerber/in einen Unfall erlitten oder  
eine Krankheit aufzuweisen, wodurch die  
körperliche Belastbarkeit beeinträchtigt ist?

Nein

Ja, folgende.....

.....

.....

## Untersuchungsbefund

Körpergröße:.....

Gewicht:.....

Allgemeinzustand:.....

Sehschärfe:.....

Herz und Kreislauf:.....

Blutdruck:.....

Klagt der/die Bewerber/in über wiederkehrende Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskel- oder Sehnenbeschwerden?

Nein

Ja, folgende.....

.....

.....

Besteht eine Hypermobilität der Gelenke bzw. eine allgemeine Bindegewebsschwäche

.....

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

.....

Steht/stand in jüngerer Vergangenheit der / die Bewerber/in in orthopädischer Behandlung?

.....

Sind allergische Reaktionen auf Desinfektionsmittel, Seifen, Öle oder sonstige Hautempfindlichkeiten bekannt?

.....

Besteht ein Anhalt für eine Sucht oder Abhängigkeit?

.....

Besteht ein Anhalt für ein Anfallsleiden?

.....

**Beurteilung:**

Es liegen keine Anzeichen dafür vor, dass die untersuchte Person wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs „Physiotherapie“ unfähig oder ungeeignet ist.

geeignet

nicht geeignet

**Das Merkblatt „Hinweise für die ärztliche Eignungsuntersuchung für die Aufnahme in Schulen des Gesundheitswesens und des Sozialwesens sowie für die Erteilung der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung“ hat vorgelegen.**

....., den .....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift und Stempel des Arztes