

Ärztliche Bescheinigung

zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung zur Ausbildung als Physiotherapeut/in in der Berufsfachschule für Physiotherapie in Cham.

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, Stoffwechselerkrankungen, pulmonale oder cardiale Beschwerden, ansteckende Krankheiten, etc.)

Nein []

Ja, folgende:

.....
.....
.....
.....

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

Nein []

Ja, folgende:

.....
.....
.....

Gibt es Anhaltspunkte die auf eine Suchtkrankheit oder Abhängigkeit hinweisen?

Nein []

Ja, folgende:

.....
.....
.....

Sind Hauterkrankungen oder Allergien gegen Desinfektionsmittel, Seifen, Öle etc. bekannt?

Nein []

Ja, folgende:

.....
.....

Besteht eine Lese-/ Rechtschreibschwäche?

Nein []

Ja, folgende:

.....

Untersuchungsbefund

=====

Körpergröße:

Gewicht:

Allgemeinzustand:

Sehschärfe:

Blutdruck:

Lungen (Auskultation):

Röteln Impfung:

Hepatitis B Impfung:

Diphtherie Impfung:

Polio (Grundimmunisierung oder Impfung):.....

Tetanus Impfung :

Ort, Datum

Unterschrift Arzt