

Ärztlicher Untersuchungsbefund

Name: _____ **geb. am :** _____

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

nein ja, folgende: _____

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

nein ja, folgende: _____

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

nein ja, folgende: _____

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

nein ja, folgende: _____

Besteht ein Anhalt für eine Sucht oder Abhängigkeit?

nein ja, folgende: _____

Besteht ein Anhalt für ein Anfallsleiden?

nein ja, folgende: _____

Bestehen Anhaltspunkte für ansteckungsfähige Erkrankungen?

nein ja, folgende: _____

Es wird bestätigt, dass für mindestens vier Jahre ausreichender Impfschutz bzw. ausreichender Titer besteht für folgende Erkrankungen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Tetanus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Windpocken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Covid-19	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird innerhalb eines Jahres nachgeholt

Wenn die zeitliche Planung dies erfordert, kann der bestehende Impfschutz während des ersten Ausbildungsjahres vervollständigt werden. Mit Beginn der praktischen Ausbildung im zweiten Schuljahr muss der Impfschutz vollständig bestehen.

Beurteilung: Der/Die Untersuchte ist für den Beruf als Physiotherapeut,

uneingeschränkt geeignet **bedingt geeignet** **ungeeignet**

Die Notwendigkeit für dieses Attest ergibt sich aus dem Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie -MPhG- vom 26. Mai 1994.

Ort, Datum

Stempel Arztpraxis

Unterschrift Arzt