

Ärztliche Bescheinigung

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf „Physiotherapeut (w/m/d)“

für Frau/Herr/Divers _____

geboren am _____ in _____

Hiermit wird bescheinigt, dass bei der o.g. Person zum aktuellen Zeitpunkt

- aus ärztlicher Sicht keine Einschränkungen vorliegen und Sie nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Berufsausbildung bzw. Ausübung des Berufes unfähig oder ungeeignet ist.

Eine Eignung für diese verantwortungsvolle Tätigkeit schließt insbesondere folgende Krankheitsbilder aus:

- Ansteckende Krankheiten,
- Die körperliche Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigende Erkrankungen oder Behinderungen,
- Starke Beeinträchtigungen des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der Hände und Beine,
- Schwere, nicht medikamentös einstellbare zerebrale Anfallsleiden,
- Psychosen, Neurosen oder Verhaltensstörungen,
- Sucht bzw. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten,
- Akute Essstörungen,
- Erhebliche Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens, welche auch durch Hilfsmittel (Brille, Hörgeräte) nicht ausreichend ausgeglichen werden können.

- Einschränkungen vorliegen, die die Berufsausbildung bzw. Ausübung des Berufes in Frage stellen.

Ab 01.03.2020 ist gemäß § 20 Masernschutzgesetz für alle ab dem 01.01.1971 Geborenen ein sicherer Nachweis eines Impfschutzes (zwei dokumentierte Impfungen) oder ein ärztliches Zeugnis über das Vorliegen einer Masernimmunität (Serologie Masern IgG) oder ein ärztliches Zeugnis darüber, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation eine Impfung nicht möglich ist, zwingende Voraussetzung für die Aufnahme einer jeglichen Tätigkeit in Einrichtungen gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz, z.B. Krankenhäuser.

Masern/Mumps/Röteln (MMR): mind. 2 Impfungen

Ja

Nein

1. Impfdatum: _____ 2. Impfdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Stempel der Arztpraxis

Folgender Immunitäts- oder Serostatus ist zusätzlich dokumentiert:

Tetanus, Diphtherie: mind. 3 Impfungen, letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Keuchhusten (Pertussis): 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

Varizellen: mind. 2 Impfungen oder nachgewiesene durchgemachte Windpocken-Erkrankung

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Ja, Erkrankung durchlebt

Hepatitis B: mind. 3 Impfungen

Ja Nein

1. Impfdatum: _____ 2. Impfdatum: _____ 3. Impfdatum: _____

Hepatitis A: 2 Impfungen im Abstand von 6 Monaten

Ja Nein

1. Impfdatum: _____ 2. Impfdatum: _____ 3. Impfdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Stempel der Arztpraxis