Schule für Physiotherapie Speyer
Eine Einrichtung der Krankenhaus-Stiftung der Niederbronner Schwestern

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr _____ geb. am _____

stellte sich am _____ in meiner Praxis zur Untersuchung vor.

Es lag zum obigen Zeitpunkt kein Anhalt vor, dass die / der o.g. wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwächen ihrer / seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als Physiotherapeut unfähig oder ungeeignet wäre.

Folgender Impfschutz ist erforderlich und liegt vor:

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

☐ Ja, letzte Impfung am:_____ ☐ Nein

Keuchhusten: 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

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

☐ Ja, letzte Impfung am:_____ ☐ Nein

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

☐ Ja, letzte Impfung am:_____ ☐ Nein

Hepatitis B: mind. 3 Impfungen

☐ Ja, letzte Impfung am:_____ ☐ Nein

Hepatitis A (empfohlen): 2 Impfungen im Abstand von 6 Monaten

☐ Ja, letzte Impfung am:_____ ☐ Nein

Covid-19

☐ Ja, letzte Impfung am:_____ ☐ Nein

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Stempel der Arztpraxis