

## ÄRZTLICHES ZEUGNIS

für Herr/Frau \_\_\_\_\_  
Name Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

zur Zeit wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Wohnort Straße und Hausnummer

berufstätig als \_\_\_\_\_

früher berufstätig gewesen als \_\_\_\_\_

---

---

### ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Die am \_\_\_\_\_ vorgenommenen Untersuchung ergab folgenden Befund:

Gewicht ohne Kleidung \_\_\_\_\_ kg Größe in cm \_\_\_\_\_

Frühere Krankheiten und Operationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sinnesorgane (Sehen, Hören, Sprechen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bewegungsorgane:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Innere Organe (Herz, Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Bauchorgane, harn- und Geschlechtsorgane)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nervensystem: \_\_\_\_\_

Psychisches Verhalten: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden: Ja / Nein

Ist Schonung während der Menses angezeigt? \_\_\_\_\_

Schwangerschaft: Ja / Nein

Bestehen u.a. Anhaltspunkte für den Mißbrauch von Rausch- und Betäubungsmitteln? \_\_\_\_\_

---

---

Beurteilung:

Sie/Er ist nicht wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als **Physiotherapeut/in** unfähig oder ungeeignet.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes