

---

Name

---

---

Anschrift

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, daß aus ärztlicher Sicht keine Einschränkungen vorliegen und sie/er in

gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des/der staatlich anerkannten

Physiotherapeut/in geeignet ist.

Sie/er leidet derzeit an keiner psychischen oder physischen Erkrankung, insbesondere keiner Sucht

und keiner ansteckenden Krankheit.

Datum / Stempel

Hausarzt