

Ärztliche Bescheinigung

zur gesundheitlichen Eignung für die Ausbildung in einem Heilhilfsberuf

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

diese Bescheinigung dient als Nachweis der gesundheitlichen Eignung für den Zugang zu einer Berufsausbildung im Gesundheitswesen. Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Fachbereich an:

Die Untersuchung bezieht sich auf die Eignung als:

☐ Physiotherapeut*in

☐ Ergotherapeut*in

☐ Logopäd*in

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ärztlicher Befund

Hiermit wird auf Basis der heutigen Untersuchung bescheinigt:

Bitte ankreuzen:

☐ **Es bestehen KEINE gesundheitlichen Einschränkungen.** Die untersuchte Person ist nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Berufsausbildung bzw. Ausübung des oben genannten Berufs unfähig oder ungeeignet.

☐ **Es bestehen gesundheitliche Einschränkungen.** Es liegen Befunde vor, welche die Berufsausbildung bzw. die Ausübung des oben genannten Berufs in Frage stellen oder einschränken.

Ort, Datum: _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes: