
Datum

Arztstempel

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr: _____

geb. am: _____

wohnhaft: _____

Aufgrund der Untersuchung am _____ bestätige ich, dass o.g. nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als Physiotherapeut/-in unfähig oder ungeeignet ist.

Unterschrift