

**Kolping-Bildung Heilbronn-Franken gGmbH**  
**Berufsfachschule für Physiotherapie Heilbronn**

Frankfurter Str. 8, 74072 Heilbronn, Tel. 07131 6168-630

**Persönliche Daten:**

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
PLZ, Wohnort:	
Straße/ Nr.:	

**Beurteilung des untersuchenden Arztes über:**

Es bestehen körperliche und geistige Bedenken den Beruf des Physiotherapeuten/in auszuüben!

Ja       Nein

Wenn ja, welche:

---

Es bestehen akuten und chronischen Erkrankungen!

Ja       Nein

Wenn ja, welche:

---

Es bestehen Sucht-, Abhängigkeit- oder Anfallsleiden!

Ja       Nein

---

Körperliche Eignung zum/ zur Physiotherapeuten/in ist gegeben!

Ja       Nein       unter Vorbehalt

Wenn Vorbehalt, welche:

---

Volle Sporttauglichkeit zum/ zur Physiotherapeuten/in ist gegeben!

Ja       Nein       unter Vorbehalt

Wenn Vorbehalt, welche:

---

Folgende Impfungen sind durchgeführt:

Masern/ Mumps/ Röteln       Hepatitis B       Diphtherie       Tetanus

---

Ort, Datum:

(Stempel und Unterschrift des/ der Arztes/ Ärztin)