

Ärztliche Bescheinigung

Frau/ Herr _____

geboren am _____

wurde von mir am _____ untersucht und ist in gesundheitlicher Hinsicht zur
Ausübung des Berufes als _____ Physiotherapeut*in _____ geeignet.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift Arzt

Impfstatus:

Hepatitis B

• mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. ja nein

Die zweite Impfung ist am ____ . ____ . _____ erfolgt.

oder

• serologischer Schutznachweis liegt vor (Anti-HBs > 100 U/l oder
Zustand nach abgelaufener oder abgeheiliter Hepatitis) ja nein

Masern - Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

• mindestens zwei Impfungen sind erfolgt ja nein

oder

• serologischer Schutznachweis gegen Masern liegt vor ja nein

Covid 19

• mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. ja nein

Die zweite Impfung ist am ____ . ____ . _____ erfolgt.

Diese Impfung ist notwendig für eventuelle Praktika im Krankenhaus, kann aber im Lauf des
1. Ausbildungsjahres nachgereicht werden.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift Arzt