

CERTIFICAT MÉDICAL

Frau/Herr _____ geb. am _____

stellte sich am _____ in meiner Praxis zur Untersuchung vor.

Es lag zum obigen Zeitpunkt kein Anhalt vor, dass die / der o.g. wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwächen ihrer / seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als

Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Masseur/in und med. Bademeister

unfähig oder ungeeignet wäre. Es besteht folgender Impfschutz bis:

Tetanos, Diphtérie: mind. 3 Impfungen, letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Coqueluche: letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Poliomyélite: mind. 4 Impfungen, letzte nach dem 8. Lebensjahr

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Rougeole/Oreillons/Rubéole (MMR): mind. 2 Impfungen

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Varicelle: mind. 2 Impfungen o. serologisch nachgewiesene durchgemachte Windpocken-Erkrankung

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Hepatitis B: mind. 3 Impfungen und im Labor nachgewiesener Schutz (HBs-Ak > 100)

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Hepatitis A (empfohlen): 2 Impfungen im Abstand von 6 Monaten

Ja, letzte Impfung am: _____ Nein

Ort/Datum _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Stempel der Arztpraxis _____