

## 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 \_\_\_\_\_