



**Gesundheitsakademie SMMP**

**Bildungsakademie für Therapieberufe Bergkloster Bestwig**

Schwestern der hl. Maria Magdalena Postel (SMMP)

**-staatlich anerkannt und genehmigt-**

59909 Bestwig

# Ärztliches Zeugnis

zur Vorlage bei der  
Gesundheitsakademie SMMP

**Physiotherapie**

**Ergotherapie**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

## Angaben zur Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

## Ärztlicher Befund: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bestehen dauerhafte Einschränkungen der Gesundheit?  Ja  Nein

Bestehen Einschränkungen der körperlichen Beweglichkeit / Leistungsfähigkeit?  Ja  Nein

Liegt volle Sporttauglichkeit vor?  Ja  Nein

Liegen seelische Belastungsfaktoren oder Suchterkrankungen vor?  Ja  Nein

Bestehen Einwände gegen die Ausübung des o.g. Berufes?  Ja  Nein

**Alle Angaben wurden aufgrund der heute durchgeführten körperlichen Untersuchung gemacht.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes