



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences



Schule für Physiotherapie

Ärztliches Zeugnis

zur Bewerbung für den
Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement Fachrichtung Physiotherapie

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Untersuchungsbefund: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bestehen Einschränkungen der körperlichen Beweglichkeit /Leistungsfähigkeit? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt eine volle Sporttauglichkeit vor? ☐ Ja ☐ Nein

Liegen seelische Belastungsfaktoren oder Suchterkrankungen vor? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen Einwände gegen die Ausübung des Berufes Physiotherapeut / Physiotherapeutin? ☐ Ja ☐ Nein

Alle Angaben wurden aufgrund der heute durchgeführten körperlichen Untersuchung gemacht.

Ort, Datum

Stempel Unterschrift des Arztes