

**Selbsterklärung:**  
**zur gesundheitlichen Eignung für den Beruf des Physiotherapeuten**

**vom Bewerber auszufüllen:**

**Name:** \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Krankheiten,  
die Ihnen die Ausübung des  
Berufes als Physiotherapeut(in)  
erschweren können?  
(z.B. Erkrankungen des Haltungs-  
und Bewegungsapparates,  
Hauterkrankungen, Allergien,  
psychische Erkrankungen,  
Stoffwechselkrankheiten, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie einen Unfall  
oder eine Krankheit, wodurch  
Ihre körperliche Belastbarkeit  
beeinträchtigt ist?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wann?

\_\_\_\_\_

Welche Folgen im Hinblick auf die  
Belastbarkeit sind noch vorhanden.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Der Bewerber erklärt hiermit ausdrücklich, dass er den bescheinigenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der BFS für Physiotherapie am BKH Günzburg entbindet.)

**Sollten sich meine Angaben im Nachhinein als unwahr oder unvollständig herausstellen, verliere ich jeden Rechtsanspruch auf den Ausbildungsplatz.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewerbers

## ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBEFUND

Name:.....geb. am :.....

Klagt der (die) Bewerber(in) über  
wiederkehrende Rückenschmerzen,  
Gelenkschmerzen, Muskel- oder  
Sehnenbeschwerden?

ja            nein  
folgendes: \_\_\_\_\_

Gibt es Auffälligkeiten am  
Haltungs- und Bewegungsapparat?

ja            nein

Steht/stand in jüngerer Vergangenheit  
der (die) Bewerber(in) in orthopäd.  
Behandlung?

ja            nein

Sind allergische Reaktionen auf  
Desinfektionsmittel, Seifen, Öle oder  
sonstige Hautempfindlichkeiten  
bekannt?

ja            nein  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht ein Anhalt für eine Sucht  
oder Abhängigkeit?

ja            nein

Besteht ein Anhalt für ein  
Anfallsleiden?

ja            nein

Bestehen Anhaltspunkte für  
ansteckungsfähige Erkrankungen

ja            nein

Beurteilung: Der (Die) Untersuchte ist für den Beruf als Physiotherapeut  
uneingeschränkt geeignet            \_\_\_\_\_  
bedingt geeignet                        \_\_\_\_\_  
ungeeignet                                    \_\_\_\_\_

Es wird bestätigt, dass für mindestens vier Jahre ausreichender Impfschutz bzw. ausreichender Titer besteht für folgende Erkrankungen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Diphtherie	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Hepatitis A	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Keuchhusten	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Masern	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Poliomyelitis	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Mumps	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Röteln	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Tetanus	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt
Windpocken	ja	nein	wird innerhalb eines Jahres nachgeholt

Wenn die zeitliche Planung dies erfordert, kann der bestehende Impfschutz während des ersten Ausbildungsjahres vervollständigt werden. Mit Beginn der praktischen Ausbildung im zweiten Schuljahr muss der Impfschutz vollständig bestehen.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes