

Bestätigung

gem. § 10 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie
(Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26. Mai
1994 (BGBl. I S. 1084) über die **gesundheitliche Eignung zur**
Ausübung des Berufs als Physiotherapeutin/Physiotherapeut

Frau/Herr (Nichtzutreffendes bitte streichen) _____
Name, Vorname

geboren am _____ in _____

ist von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass er/sie die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs
als Physiotherapeutin/Physiotherapeut besitzt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes