



## Fragebogen Zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung

### Personaldaten

Nachname

Vorname

Anschrift

geboren am

Personalstand

ledig

verheiratet

Sind Ihnen Krankheiten bekannt, welche die Ausübung des Berufes als Physiotherapeut(in) erschweren können?  
(z.B. Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten,  
pulmonale oder cardiale Beschwerden etc.)

.....

.....

.....

Haben Sie einen Unfall erlitten oder eine Krankheit aufzuweisen, wodurch die Belastbarkeit beeinträchtigt ist?  
Wann? Welche Folgen im Hinblick auf die Belastbarkeit sind noch vorhanden?

.....

.....

.....

Grundimpfungen einschließlich Hepatitis B

.....

.....

Der Bewerber erklärt hiermit ausdrücklich, dass er den bescheinigenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der MOTIMA gGmbH entbindet.

Ort/Datum

Unterschrift des Bewerbers

## Untersuchungsbefund

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

Nein

Ja

folgendes:

---

---

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?  
Steht/stand in jüngerer Vergangenheit der (die) Bewerber(in) in orthopädischer Behandlung?

---

---

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

---

Besteht ein Anhalt für eine Sucht oder Abhängigkeit?

---

Besteht ein Anhalt für psychische Erkrankungen beziehungsweise neurotische Verhaltensweise?

---

Besteht ein Anhalt für ein Anfallsleiden?

---

Bemerkungen

---

---

## Beurteilung

Der (die) Untersuchte ist für den Beruf als Physiotherapeut(in)

uneingeschränkt geeignet

bedingt geeignet

ungeeignet

**Bitte dem Bewerber in einem verschlossenen Umschlag als „Arztsache“ mitgeben.**

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes