

---

Zur Vorlage bei  
der Regierung von Oberbayern  
z. Hd. SG 53.1 Gesundheit

## Ärztliche Bescheinigung über die Berufseignung

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr \_\_\_\_\_,

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_,

**nicht**

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als

**Physiotherapeut\*in**

**ungeeignet ist.**

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift und Stempel des Arztes)