

## Ärztliches Attest

Frau / Herr

geb. am :

wurde am \_\_\_\_\_ in meiner Praxis untersucht.

Ein Anhaltspunkt dafür, dass er / sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung  
Berufes als Physiotherapeut/in ungeeignet ist, hat sich nicht ergeben.

, den

Stempel der Praxis

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Arztes