



# Präha Lehrinstitut für Physiotherapie

Mitglied der Präha Gruppe

Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf  
Tel. 0211 / 52 02 45 50, Fax 0211 / 52 02 45 11  
E-Mail: [physiotherapie-duesseldorf@praeha.de](mailto:physiotherapie-duesseldorf@praeha.de)

## Fragebogen zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung

**Vorderseite ist vom/n Bewerber/in auszufüllen!**  
**Rückseite ist von dem/der Arzt/Ärztin auszufüllen!**

### Personaldaten

Name(n): .....

Vorname(n): .....

Geburtsdaten: .....

Adresse: .....  
.....

---

Sind Ihnen Krankheiten bekannt oder waren Sie bereits deswegen in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung, welche die Ausübung des Berufes als Physiotherapeut/in erschweren können? (z.B. Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, pulmonale oder cardiale Beschwerden, Sehbeeinträchtigung u.a.)

nein       ja, folgende

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

Haben Sie einen Unfall erlitten oder eine Krankheit aufzuweisen, wodurch die Belastbarkeit beeinträchtigt ist?

nein       ja

.....

Welche Folgen im Hinblick auf die Belastbarkeit sind noch vorhanden?

.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Vorname, Name(n):** .....

**Untersuchungsbefund durch Arzt/Ärztin**

Klagt der/die Bewerber/in über wiederkehrende Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskel- oder Sehnenbeschwerden

nein

ja

folgendes: .....

.....

.....

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

nein

ja

Steht/stand in jüngerer Vergangenheit der/die Bewerber/in in orthopädischer Behandlung?

folgendes:

.....

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

nein

ja

Besteht ein Anhalt für eine Sucht oder Abhängigkeit?

nein

ja

Besteht ein Anhalt für ein Anfallsleiden?

nein

ja

Besteht eine Sehbeeinträchtigung?

nein

ja

Bemerkungen:

.....

.....

**Beurteilung:** Der/die Untersuchte ist für den Beruf als Physiotherapeut/in

uneingeschränkt geeignet

bedingt geeignet

ungeeignet

Ich habe von der Selbstauskunft des/der Patienten/in Kenntnis erhalten.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift Arzt/Ärztin