

**Ärztliche Bescheinigung für den Bachelor-Studiengang
Pflegerwissenschaft oder Therapiewissenschaften /
Medical certificate for the Bachelor's study programme
Nursing Science or Therapeutic Sciences**

(nur gültig im Zusammenhang mit dem Bewerbungsantrag für den Bachelor-Studiengang Pflegewissenschaft oder Therapiewissenschaften) / (only valid in connection with the application for the Bachelor's study programme Nursing Science or Therapeutic Sciences)

1. Angaben zur Person / 1st Personal details

Name, Vorname:
Family name, Given Name:

Bewerbernummer:
Application number:

Die oben genannte Person bewirbt sich an der BTU Cottbus-Senftenberg für den Bachelor-Studiengang: /
The person named above applies for a study place at the BTU Cottbus-Senftenberg in the Bachelor's study programme:

Pflegerwissenschaft mit integrativer Berufsausbildung als Pflegefachfrau/-mann. /
Nursing Science with integrative professional training as a registered nurse.

Therapiewissenschaften mit integrativer Berufsausbildung als Physiotherapeut/-in. /
Therapeutic Sciences with integrative professional training as a physiotherapist.

Gemäß § 10 Ziff. 1 Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz) bzw. § 2 Nr. 2 und 3 Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz) ist eine Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung als Physiotherapeut/-in bzw. Pflegefachfrau/-mann die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufes. / According to § 10 No. 1 of the Act on the Professions in Physiotherapy (Masseur and Physiotherapist Act) or „ 2 No. 2 and 3 Act on the nursing professions (Nursing Professions Act) , a prerequisite for access to training as a physiotherapist or registered nurse is health suitability for exercising the profession.

Bitte weisen Sie auch darauf hin, dass für die praktische Ausbildung die Schutzimpfungen gegen **Hepatitis-A** und **Hepatitis-B** sowie die **Masernschutzimpfung** zwingend erforderlich sind. / Please also note that the vaccinations against **hepatitis A** and **hepatitis B** and the **measles vaccination** are mandatory for practical training.

Mit freundlichen Grüßen / *Best regards*
Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg / *Brandenburg University of Technology Cottbus-Senftenberg*

Ärztliche Bescheinigung / Medical certificate

Name, Vorname / *Family name, Given Name:*

Geburtsdatum / *Date of birth:*

Geburtsort / *Place of birth:*

wurde von mir untersucht. / *was examined by me.*

Ich bestätige die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufes als / I certify that I am fit to exercise the profession as

Pflegefachfrau/-mann / Registered Nurse

Physiotherapeut/-in / Physiotherapist

die eine Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist. / which is a prerequisite for access to training.

Ort, Datum / *Place, Date*

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes / *Stamp and signature of the doctor*