

Lehranstalt für Physiotherapie Reichsstraße 90-93 14052 Berlin

Postfach 19 11 28  
14001 Berlin

Postanschrift  
Postfach 19 11 28  
14001 Berlin

Adresse  
Reichsstraße 90-93  
14052 Berlin

Telefon (030) 305 70 28  
Fax (030) 304 88 06

E-Mail [info@lfpt.de](mailto:info@lfpt.de)  
Internet [www.lfpt.de](http://www.lfpt.de)

Bankverbindung  
Postbank Berlin  
(PLZ 100 100 10)  
Kto. 8870106

Hiermit bewerbe ich mich um die Aufnahme in dem am .....  
beginnenden PHYSIOTHERAPIE-Lehrgang.

Vor- und Zuname: .....

Wohnort: .....

Straße: .....

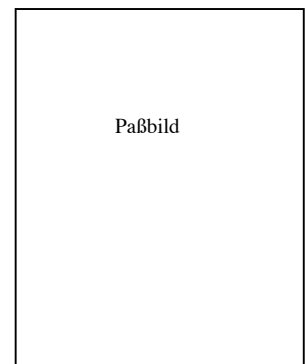
Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Staatsangehörigkeit: .....

Telefon: .....

Handy Nr. ....



Die Vertragsmitunterzeichner ( Name, Anschrift, Beruf ):

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

Anlagen:

- 1. Ein selbstverfaßter, handgeschriebener, ausführlicher Lebenslauf
- 2. drei Paßfotos
- 3. Eine Kopie
  - a) des den Hauptabschluß bzw. die Mittlere Reife bescheinigenden Schulzeugnisses
  - b) des letzten Schulabgangszeugnisses
- 4. ein ärztliches Zeugnis im Original, das die körperliche Berufseignung und die Angaben über Körpergröße und Gewicht enthalten muß.
- 5. Bei sonstiger Berufsausbildung:   
Tätigkeitsnachweise, Dienstbescheinigungen, etc.  
( Beigefügte Anlagen bitte ankreuzen )

Ich bin auf die Lehranstalt aufmerksam geworden durch:

- Annonce in .....
- Empfehlung von .....
- Sonstiges .....

Bei auf Umschulung angewiesenem Bewerber bitte Namen des Arbeitsamtes, des Berufsberaters, der Stamm Nr.: und Datum der Antragstellung angeben:

.....  
.....

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die o. g. Bewerbung und den Erhalt des vollständigen Merkblattes, dessen gesamten Inhalt wir zur Kenntnis genommen und anerkannt haben.

....., den.....

.....  
1. Vertragsmitunterzeichner

.....  
Unterschrift des Lehrgangsteilnehmers

.....  
2. Vertragsmitunterzeichner

[www.lfpt.de](http://www.lfpt.de)

**Ärztliches Untersuchungsergebnis zum Aufnahmeantrag in einen dreijährigen Physiotherapie-Lehrgang  
der Staatlich anerkannten Lehranstalt für Physiotherapie in Berlin-Charlottenburg**

Träger: Uschi Teidel

---

Vorname, Name .....

Straße / Nr. ....

PLZ, Wohnort .....

geboren am .....

Größe: ..... cm

Gewicht: ..... kg

---

Für den o.g. Patienten besteht uneingeschränkte Berufseignung zum Physiotherapeuten?

ja       
nein  

(bitte ankreuzen)

Ergänzende Untersuchung durch Facharzt für ..... ist anzuraten.

Dem Lehrgangsteilnehmer wird dringend empfohlen, für die praktische Ausbildung am Patienten sich auf eigene Kosten gegen Hepatitis B impfen zu lassen.

.....  
Datum, Ort, Stempel und Unterschrift des Arztes

[www.lfpt.de](http://www.lfpt.de)