

## ÄRZTLICHES ATTEST

Zur Vorlage bei dem Gesundheitsdienst der Stadt Wien,  
Gruppe Gesundheitsberufe, 1030 Wien, Thomas-Klestil-Platz 8/2

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Zweck der Untersuchung:**

Geplante Aufnahme der freiberuflichen Berufsausübung als Heilmasseur\*in

Es wird hiermit bestätigt, dass Frau/Herr

die für die freiberufliche Berufsausübung als Heilmasseur\*in nötige gesundheitliche Eignung besitzt.

Liegt eine Blindheit oder hochgradige Einschränkung des Sehvermögens (praktisch blind trotz Korrektur) vor?

JA       NEIN

**Erläuterungen § 29 Abs. 2 Medizinisches Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG):**

Im Falle einer Blindheit oder eines hochgradig eingeschränkten Sehvermögens ist die Berechtigung zur Berufsausübung als Heilmasseur\*in auf die Durchführung von klassischer Massage und Spezialmassagen zu Heilzwecken eingeschränkt.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift und Stempel der Ärztin/  
des Arztes

Bei Fragen nehmen Sie bitte Kontakt mit dem Gesundheitsdienst der Stadt Wien – Gruppe Gesundheitsberufe auf. Tel.: (01) 4000-875 74 oder 875 75, Fax.: (01) 4000-99-875 75,  
E-Mail: [gesundheitsberufe@ma15.wien.gv.at](mailto:gesundheitsberufe@ma15.wien.gv.at)