



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 Stampiglie 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