

# ÄRZTLICHES ATTEST

Zur Vorlage bei der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien,  
Gesundheitsberufe, 1030 Wien, Thomas-Klestil-Platz 8/2

Vor- und Zuname:

---

Geburtsdatum:

---

## Zweck der Untersuchung:

Geplante Aufnahme der freiberuflichen Berufsausübung als Heilmasseur/in

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

Es wird hiermit bestätigt, dass Frau/Herr

---

die für die Berufsausübung als Heilmasseur/in nötige gesundheitliche Eignung besitzt.

## Erläuterungen § 8 Abs. 3 und 4 Medizinisches Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG):

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

---

Datum

---

Unterschrift und Stampiglie der Ärztin/  
des Arztes für Allgemeinmedizin

Bei Fragen nehmen Sie bitte Kontakt mit der Magistratsabteilung 15, Gesundheitsberufe auf.  
Telefon: (+43 1) 40 00-875 75 oder 875 74, Fax.: (+43 1) 40 00-99-875 75,  
E-Mail: gesundheitsberufe@ma15.wien.gv.at