

## ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Für die Aufnahme in die Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege und für die Erfüllung der Berufspflichten im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist die gesundheitliche Eignung der Bewerberin / des Bewerbers gemäß § 27 (1) Z 2 iVm § 54 (1) Z 1 GuKG erforderlich.  
 Der Nachweis der gesundheitlichen Eignung ist auch für die Aufnahme in die Ausbildung, und für die Berufsausübung zur Pflegefachassistenz gemäß § 11 (2) PA-PFA-AV Voraussetzung.

<b>Name:</b> _____	<b>SV-Nr.:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____ _____	
<b>E-Mail:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____

**Größe:** ..... cm      **Gewicht:** ..... kg      **BMI:** .....

**RR:** .....      **Puls:** .....

<b>Ernährungs- und Allgemeinzustand</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Haut:</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Herz:</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Lunge:</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Bewegungs- und Stützapparat:</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Abdomen:</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Neurologie/Psychie:</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Gehör:</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Sehvermögen:</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
<b>Allergien:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Andere

**Operationen / Unfälle:**

(wenn ja, welche?)

ja

nein

---

---

---

**Krankenhausaufenthalte:**

(zuletzt, weswegen?)

ja

nein

---

---

**Derzeit in ärztlicher Behandlung:**

(wenn ja, weshalb?)

ja

nein

---

---

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme:**

(wenn ja, welche?)

ja

nein

---

---

**Bestätigung von der Ärztin / dem Arzt auszufüllen:**

.....  
Ort, Datum

.....  
Stampiglie und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Immunitätsnachweis**

Bei Schulantritt **muss** zum eigenen Schutz und zum Schutz der betreuten Personen der Nachweis einer Immunität gegen durch Impfungen vermeidbare Krankheiten entweder durch nachgewiesene **Impfungen** oder einem **positiven Antikörpertiter** vorliegen.

**Von der Bewerberin / dem Bewerber auszufüllen:**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen und erkläre mich bereit, nach positivem Aufnahmebeschluss, den Immunitätsnachweis zu erbringen und bin damit einverstanden, einer kostenlosen Grundimmunisierung gegen Hepatitis B an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Oberwart – Standort Frauenkirchen zu Ausbildungsbeginn nachzukommen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift