

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Für die Aufnahme in die Schule für allg. Gesundheits- und Krankenpflege und für die Erfüllung der Berufspflichten im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist die körperliche und geistige Eignung der Bewerberin / des Bewerbers gemäß § 54 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes erforderlich.

NAME: _____ Vers. Nr. Geb. Datum _____
Adresse: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

AZ:	EZ:	
gut: <input type="radio"/>	Normalgewicht: <input type="radio"/>	mäßiges Übergewicht: <input type="radio"/>
herabgesetzt: <input type="radio"/>	Untergewicht: <input type="radio"/>	ausgeprägtes Übergewicht: <input type="radio"/>
Haut:	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> Auffälligkeiten	
Schilddrüse:	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> vergrößert	
Herz:	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> Auffälligkeiten	
Lunge:	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> Auffälligkeiten	
RR:	Puls:	
Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates:		
<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> Auffälligkeiten <input type="radio"/> Skoliose:		
Abdomen:	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> Auffälligkeiten	
Nervensystem:	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> Auffälligkeiten <input type="radio"/> Reflexe gesteigert <input type="radio"/> Tremor <input type="radio"/> Sonstiges	
Psyche:	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> Auffälligkeiten	
Gehör:		
Umgangssprache: <input type="radio"/> unauffällig	Flüstersprache: <input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> Auffälligkeiten
<input type="radio"/> Auffälligkeiten	<input type="radio"/> Auffälligkeiten	<input type="radio"/> Hörgerät li
<input type="radio"/> Hörgerät li	<input type="radio"/> Hörgerät re	<input type="radio"/> Hörgerät re
Visus:	<input type="radio"/> links 6 / <input type="radio"/> ohne Korrektur <input type="radio"/> rechts 6 / <input type="radio"/> Brille / Kontaktlinsen	
Pupillen:	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> Auffälligkeiten	
Sonstige Auffälligkeiten:		

Frühere Erkrankungen und Operationen:

Jahresangabe: _____

Unfälle / Sportverletzungen:

Krankenhausaufenthalte:

(zuletzt , weswegen?)

ja

nein

Derzeit in ärztlicher Behandlung:

(wenn ja , weshalb?)

ja

nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

(wenn ja, welche?)

ja

nein

Durchgeführte Schutzimpfungen – Jahresangabe (letzte Impfung)

Röteln _____ Masern _____ Mumps _____

Diphtherie _____ Tetanus _____ Tuberkulose _____

FSME _____ Kinderlähmung _____ Sonstige _____

Mendel-Mantoux Test:

Hepatitis-Impfung: ja A B A+ B (kombiniert)

wann: 1. Teilimpfung am

2. Teilimpfung am

3. Teilimpfung am

Impferfolgskontrolle – Datum der Blutabnahme:

Hbs-Antikörper.....ImE/ml

Beurteilung: derzeit geschützt sofortige Impfung erforderlich

nächste Impfung:.....

nächste Blutabnahme:

nein (wenn nein, ist Impfung dringend empfohlen)

Zusatzbefunde:

Aufgrund des erhobenen Befundes ist die/der BewerberIn für die Krankenpflegeausbildung

geeignet

nicht geeignet

Ort, Datum

Stampiglie und Unterschrift des Arztes