

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Der Nachweis der gesundheitlichen Eignung ist für die Aufnahme in die Ausbildung, und für die Berufsausübung in der Pflegeassistenz bzw. in der Pflegefachassistenz gemäß § 10 (2) iVm § 11 (2) PA-PFA-AV Voraussetzung.

Name: _____	SV-Nr.: _____
Adresse: _____ _____	
E-Mail: _____	Telefon: _____

Größe: cm **Gewicht:** kg **BMI:**

RR: **Puls:**

Ernährungs- und Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Haut:	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Herz:	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Lunge:	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Bewegungs- und Stützapparat:	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Abdomen:	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Neurologie/Psych:	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Gehör:	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Sehvermögen:	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Befund
Allergien:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <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 – Expositur Eisenstadt zu Ausbildungsbeginn nachzukommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift