

Ärztliche Bescheinigung

über die gesundheitliche Eignung bei Ausbildungsbeginn in der Altenpflege nach § 6 des Altenpflegegesetzes vom 25. August 2003 für

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

ist von mir heute umfassend untersucht worden. Dabei habe ich folgendes festgestellt:

Es gibt Anhaltspunkte für

Einschränkungen der Herz-Kreislauffunktion:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Atemfunktion:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Stoffwechselfunktionen:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen des Muskel-Skelett-Systems:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen des Immunsystems:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Sinnesorgane:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Spezielle Erkrankungen der Haut:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Psyche/Nerventätigkeit:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Akute oder chronische Erkrankungen, insbes. Hepatitis B und C:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankungen:	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

* Erläuterungen/Bemerkungen (falls diese auf einem Extrablatt vorgenommen werden, bitte hier darauf hinweisen):

Hiermit bestätige ich die gesundheitliche Eignung

Obwohl teilweise Einschränkungen festgestellt wurden (Erläuterungen s.o.), kann ich die gesundheitliche Eignung bestätigen

Die Einschränkungen (Erläuterungen s.o.) sind so ausgeprägt, dass ich die gesundheitliche Eignung nicht bestätigen kann

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben geforderten Auskünfte vollständig erteilt werden.

Datum

Unterschrift