

Ärztliches Attest zur Vorlage bei Hausärztin/Hausarzt

Name:

Geburtsdatum: SV-Nr.

Sehvermögen: Hörvermögen:

Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke):

Herz-Kreislauf-Lungenfunktion:

Hautprobleme: nein ja welche:

Allergien: nein ja welche:

Psychische Belastbarkeit :

Sonstige relevante Beeinträchtigungen oder Krankheiten:

Impfungen werden im Rahmen der Ausbildung zu Schulbeginn erhoben (Impfaktion LSD Sbg.)

Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die erforderliche gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegeassistenz gegeben ist.
§ 27 Abs. 1 Z. 2 GuKG + § 10 Abs. 2 Z. 2 PA-PFA-AV.

Eignung Pflegeassistenz ist:

gegeben

nicht gegeben

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift
untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt