

Ärztliches Zeugnis

über die gesundheitliche Eignung für die Berufe

Staatlich geprüfte/r Helfer/in für Ernährung und Versorgung Staatlich geprüfte/r Assistent/in für Ernährung und Versorgung

zur Vorlage an der

**Staatlichen Berufsfachschule für Ernährung und Versorgung,
Dieselstraße 33, 92237 Sulzbach-Rosenberg, Tel. 09661 2777**

für

Frau / Herrn

geb. am in

Vorinformation

- für die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt
- für die Untersuchte/den Untersuchten

Voraussetzung für die Aufnahme an der Berufsfachschule für Ernährung und Versorgung und die Berufsausbildung zur/zum staatlich geprüften Helfer/in für Ernährung und Versorgung und zur/zum staatlich geprüften Assistent/in für Ernährung und Versorgung ist ein Zeugnis über die gesundheitliche Eignung der Bewerberin/des Bewerbers.

Die abgeschlossene Berufsausbildung befähigt zur selbständigen Ausführung von Einzelarbeiten in Familien- und Betriebshaushalten. Die ausgebildete Fachkraft ist für die Versorgung und Betreuung von Personen in Privat- und Großhaushalten zuständig. Alles berufliche Handeln ist auf Menschen in unterschiedlichen Altersstufen und auf besondere Lebenssituationen ausgerichtet.

Die Eignung für diese Berufsausbildung schließt insbesondere folgende Krankheitsbilder aus:

- ansteckende Krankheiten
- erhebliche Störungen des Seh- und Hörvermögens, die nicht durch Hilfsmittel korrigiert werden können
- Erkrankungen der Atemorgane oder des Herzens, die die körperliche Leistungsfähigkeit stärker beeinträchtigen
- starke Beeinträchtigungen des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der Hände
- schwere, medikamentös nicht sicher einstellbare zerebrale Anfallsleiden
- Psychosen, Neurosen, schwere Verhaltensstörungen
- Medikamenten-, Rauschmittel- und Alkoholabhängigkeit
- weitere, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit einschränkende Zustände

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist

Frau / Herr

frei von Krankheiten und Behinderungen, die die verantwortliche Berufstätigkeit erheblich beeinträchtigen würden und deshalb gesundheitlich, physisch und psychisch, für den Beruf geeignet.

.....,

Ort

Datum

.....
Stempel
Unterschrift der Ärztin / des Arztes