

Ärztliches Zeugnis

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf

Staatlich geprüfte Sozialbetreuerin und Pflegefachhelferin/ Staatlich geprüfter Sozialbetreuer und Pflegefachhelfer

zur Vorlage an der

Staatlichen Berufsfachschule für Sozialpflege, 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 Sozialpflege und die Berufsausbildung zur staatlich geprüften Sozialbetreuerin und Pflegefachhelferin/zum staatlich geprüften Sozialbetreuer und Pflegefachhelfer ist laut Schulordnung ein Zeugnis über die gesundheitliche Eignung der Bewerberin/des Bewerbers (§ 5 und § 6 BFSO).

Die abgeschlossene Berufsausbildung berechtigt zur Tätigkeit als sozialpflegerische und pflegerische Mitarbeiterin/sozialpflegerischer und pflegerischer Mitarbeiter in der Alten- und Behindertenhilfe sowie in der Krankenpflege.

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 Tätigkeit als Sozialbetreuer/in und Pflegefachhelfer/in erheblich beeinträchtigen würden und deshalb gesundheitlich, physisch und psychisch, für den Beruf als Sozialbetreuer/in und Pflegefachhelfer/in geeignet.

.....
Ort

.....
Datum

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