

Ärztliches Zeugnis

über die Eignung für den Beruf „Physiotherapeutin/Physiotherapeut“

zur Vorlage **BSZ, Berufsfachschule für Physiotherapie**
Am Holzhof 5, 82467 Garmisch-Partenkirchen
Telefon 08821 94319-0, Fax 08821 55113, E-Mail sekretariat@bsgap.de

- Herrn
 Frau
 ohne Angabe

Name, Vorname

geb. am _____ in _____
Geburtsdatum Geburtsort

wohnhafte in _____
Straße, PLZ Ort

Vorinformation

für die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt bzw. die Untersuchte / den Untersuchten:

Dieses Zeugnis über die gesundheitliche Eignung ist nach § 5 der Schulordnung für die Berufsfachschule für Physiotherapie (BFSO Gesundheit) die Voraussetzung für die Aufnahme an unserer Schule. Die Feststellung der gesundheitlichen Eignung bezieht sich hierbei auf alle Einsatzfelder der Arbeit einer Physiotherapeutin / eines Physiotherapeuten. Wir möchten sichergehen, dass aufgrund Ihrer Expertise die uneingeschränkte gesundheitliche Eignung für den Beruf als Physiotherapeutin / Physiotherapeut gegeben ist. Gegebenenfalls kann ein zusätzliches fachärztliches Gutachten notwendig sein.

Dieses Attest darf bei der Vorlage der Anmeldung zur Prüfung nicht älter als 3 Monate sein.

Im Allgemeinen genügt die Untersuchung durch die Hausärztin / den Hausarzt. Gegebenenfalls ist eine darüberhinausgehende weitere fachärztliche Begutachtung erforderlich.

Als Ärztin / Arzt bestätige ich hiermit die Berufseignung.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Stempel der Ärztin / des Arztes

Ich habe zur Kenntnis genommen und bin einverstanden, dass das ärztliche Zeugnis, der Immunitätsnachweis und die Beurteilung der gesundheitlichen Eignung den kooperierenden Kliniken und Praxen vorgelegt werden, in denen ich meine Praktika leisten werde. Zudem werden diese in meinen Schulakten abgelegt und ein Jahr nach Verlassen der Schule oder Nichtaufnahme vernichtet.

Ort, Datum

Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers



Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

- Herrn
 Frau
 ohne Angabe

Vorname, Name

Klagt die Bewerberin / der Bewerber über wiederkehrende Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskel- oder Sehnenbeschwerden?

ja, folgende:

nein

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

ja

nein

Beeinträchtigt dies die Ausbildung oder die spätere Berufsausübung?

ja

nein

Hat sich die Bewerberin / der Bewerber in der jüngeren Vergangenheit einer orthopädischen Behandlung unterzogen?

ja

nein

Sind allergische Reaktionen auf Desinfektionsmittel, Seifen, Öle oder sonstige Hautempfindlichkeiten bekannt?

ja

nein

Liegen Hautkrankheiten vor?

ja, folgende:

nein

Bestehen Anhaltspunkte für ansteckungsfähige Erkrankungen?

ja

nein

Die Bewerberin / der Bewerber ist in physischer und psychischer Hinsicht in der Lage den Beruf zu erlernen und später auszuüben?

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Stempel der Ärztin / des Arztes



Nachweis der Immunität

Herr

Frau

ohne Angabe

Vorname, Name

	Immunitätskriterien	Beurteilung
Windpocken (Varizellen)	Zwei Impfungen gegen Windpocken sind erfolgt <i>oder</i> Serologischer Immunitätsnachweis gegen Windpocken liegt vor <i>Oder</i> Bestätigte Erkrankung	<input type="checkbox"/> 1. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> Impftiter liegt vor (VZV-IgG) <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden
Masern	Zwei Impfungen gegen Masern sind erfolgt <i>oder</i> Serologischer Immunitätsnachweis gegen Masern liegt vor	<input type="checkbox"/> 1. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> Impftiter liegt vor <input type="checkbox"/> Antikörpertest gegen Masern nach Erkrankung liegt vor <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden
Röteln	Zwei Impfungen gegen Röteln sind erfolgt <i>oder</i> Serologischer Immunitätsnachweis gegen Röteln liegt vor	<input type="checkbox"/> 1. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> Impftiter liegt vor <input type="checkbox"/> Antikörpertest gegen Masern nach Erkrankung liegen vor <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden
Mumps	Zwei Impfungen gegen Mumps sind erfolgt <i>oder</i> Serologischer Immunitätsnachweis gegen Mumps liegt vor	<input type="checkbox"/> 1. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> Titertest vom: _____ <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden



Hepatitis A	Zwei Impfungen gegen Hepatitis A sind erfolgt <i>oder</i> Serologischer Immunitätsnachweis gegen Hepatitis A liegt vor	<input type="checkbox"/> 1. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> HAV-AK positiv <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden
Hepatitis B	Drei Impfungen gegen Hepatitis B sind erfolgt <i>Oder</i> Serologischer Immunitätsnachweis gegen Röteln liegt vor	<input type="checkbox"/> 1. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 3. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs<100 U/l, anti-HBc positiv, Hbs-Ag neg.) <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden
Diphtherie	Letzte Impfung vor weniger als 10 Jahren	<input type="checkbox"/> letzte Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden
Tetanus	Letzte Impfung vor weniger als 10 Jahren	<input type="checkbox"/> letzte Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden
Keuchhusten (Pertussis)	Letzte Impfung vor weniger als 10 Jahren	<input type="checkbox"/> letzte Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> kein Nachweis vorhanden

Zum ersten Schultag ist der vollständige Impfschutz nachzuweisen. Bei Kontraindikation gegen eine oder mehrere Impfungen, muss ein ärztliches Zeugnis vorgelegt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Stempel der Ärztin / des Arztes