

Ärztliche Bescheinigung

(Nachweis der gesundheitlichen Eignung)

zur Vorlage bei den Berufsbildenden Schulen Sophie Scholl
im Schulzentrum Geschwister Scholl

Für _____, geb. am _____

wohnhaft: _____

Der/die Obengenannte befindet sich zurzeit im Zulassungsverfahren für die

- Ausbildung zum/zur Staatlich geprüften Sozialpädagogischen Assistenten/-in **ODER**
- Aufstiegsfortbildung zum/zur Staatliche anerkannten Erzieher/-in **ODER**
- Ausbildung zum/zur Staatlich geprüften Pflegeassistenten/-in **ODER**
- Ausbildung zur Staatlich geprüften Fachkraft für Hauswirtschaft und Familienpflege **ODER**
- Aufstiegsfortbildung zum/zur Staatlich anerkannten Heilerziehungspfleger/-in **ODER**

Die Patientin bzw. der Patient ist mir bekannt und wurde von mir untersucht.

Die gesundheitliche Eignung bezieht sich auf die sozialpädagogischen/pflegerischen/ heilerziehungspflegerischen Einsatzfelder (Krippe, Kindertagesstätte, Hort und Grundschule, Pflegedienst/Krankenhäuser/Pflegeheim, Seniorenheim, Betreuungseinrichtung für Menschen mit Beeinträchtigungen).

Entsprechend ihres Ausbildungsstandes übernehmen die Auszubildenden die Verantwortung für die selbstständige Organisation von pädagogischen Angeboten oder pflegerische Maßnahmen sowie weitere Betreuungssituationen, die auch mit der Übernahme der Aufsichtspflicht im Zusammenhang stehen können.

Es bestehen keine physischen und psychischen Vorerkrankungen, die gegen die Aufnahme einer der obengenannten Ausbildungen sprechen bzw. die durch die Ausbildung verschlimmert werden könnten.

Impfungen gegen folgende Erkrankungen wurden vollständig gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Institutes durchgeführt:

| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Masern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Windpocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mumps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Eine vollständige Impfung gegen Hepatitis A wurde durchgeführt. Ja Nein

Eine vollständige Impfung gegen Hepatitis B wurde durchgeführt. Ja Nein

Die Feststellung der gesundheitlichen Eignung bezieht sich hierbei auf alle Einsatzfelder der sozialpädagogischen bzw. sozialpflegerischen Arbeit und kann derzeit uneingeschränkt attestiert werden.

Bemerkung:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes