

Ärztliches Zeugnis

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf „Sozialbetreuerin und Pflegefachhelferin / Sozialbetreuer und Pflegefachhelfer“ gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 Nr.1a BFSO

für Frau/Herrn _____

geb. am _____ in _____

wohnhaft in _____

Vorinformation für die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt und die Untersuchte /den Untersuchten:

Diese Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Aufnahme in die Berufsfachschule für Sozialpflege und soll nicht älter als drei Monate sein.

Die Berufsfachschule soll die angehenden Sozialbetreuerinnen und Sozialbetreuer befähigen, in Einrichtungen der Altenhilfe, Behindertenhilfe, Krankenpflege sowie anderen Einrichtungen der Sozialpflege mitzuarbeiten. Die Eignung für diese (auch im Sinne der Aufsichtspflicht) verantwortliche Tätigkeit schließt insbesondere folgende Krankheitsbilder aus:

- erhebliche Störungen des Seh- und Hörvermögens, die nicht genügend korrigiert werden können (mit Brille bzw. Hörgerät)
- Sprachstörungen
- ansteckende Krankheiten, die nicht nur vorübergehend auftreten
- die körperliche Leistungsfähigkeit stärker beeinträchtigende Erkrankungen der Atemorgane (z. B. schweres Bronchialasthma) oder des Herzens (angeborene oder erworbene Herzfehler)
- starke Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der Hände
- schwere, nicht medikamentös sicher einstellbare zerebrale Anfallsleiden
- Psychosen (auch Defektzustände nach solchen), Neurosen, schwere Verhaltensstörungen
- Rauschmittel-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit
- oder weitere, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beschränkende Zustände

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

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist die/der Untersuchte aus ärztlicher Sicht physisch und psychisch für den Beruf der Sozialbetreuerin, des Sozialbetreuers (bitte ankreuzen)

geeignet

nicht geeignet

Stempel des Arztes

_____ Datum

_____ Unterschrift des Arztes