



## Ärztliches Attest zur Vorlage Hausärztin/Hausarzt

Name: .....

Geburtsdatum: ..... SV-Nr. ....

Sehvermögen: ..... Hörvermögen: .....

Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke): .....

Herz-Kreislauf-Lungenfunktion: .....

Hautprobleme:  nein  ja welche: .....

Allergien:  nein  ja welche: .....

Psychische Belastbarkeit : .....

Sonstige relevante Beeinträchtigungen oder Krankheiten:

### Impfungen

Grundimmunisierung vorhanden:  nein  ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen laut Impfpass:

vgl. Zusatzblatt – Infektionsschutz Anforderungen für PraktikantInnen (Pflegeassistenz – Krankenhaus)

**Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die erforderliche gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegeassistenz gegeben ist - GuKG §27 (1), 2 und PA-PFA-AV §10 (2) 2.**

Eignung Pflegeassistenz:

ist gegeben

ist **nicht** gegeben

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift  
untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt