



Ärztliches Attest zur Vorlage bei 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 werden im Rahmen der Ausbildung zu Schulbeginn erhoben (Impfaktion LSD Sbg.)

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

Eignung Pflegeassistenz ist:

gegeben

nicht gegeben

.....  
Ort, Datum

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