Formular 5

Landeshauptstadt
München
Referat
für Bildung und Sport

Berufsfachschule für Sozialpflege
Antonienstraße 6
80802 München
Telefon (089) 38 15 95 - 0
Telefax (089) 38 15 95 – 34
bfs-sozialpflege@muenchen.de
www.bsz-alice-bendix.de

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG über den Impfstatus für den Beruf zur*zum Staatlich geprüften Sozialbetreuer*in und Pflegefachhelfer*in

zur Vorlage bei der Berufsfachschule für Sozialpflege und der jeweiligen einstellenden Praktikumstelle.
Die*der zukünftige Praktikant*in muss baldmöglichst – mindestens 6 Wochen vor Praktikumsbeginn (August) - zum Hausarzt gehen, damit die Möglichkeit einer ausreichenden Immunisierung gegeben ist.

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	

Die oben aufgeführte Person ist körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Erkrankungen.
Untenstehende Immunisierung sind erforderlich bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit.
Zutreffendes bitte ankreuzen!

Verpflichtende Impfungen zu Beginn der Ausbildung

Masern/Mumps/Röteln	**JA**	**NEIN**
Mindestens 2 Impfungen sind erfolgt **oder**		
Serologischer Nachweis eines Schutzes liegt gegen Masern/Mumps/Röteln vor		

Hepatitis B	**JA**	**NEIN**
Mindestens 2 Impfungen sind erfolgt **oder**		
Serologischer Nachweis eines Schutzes liegt gegen Hepatitis B vor (anti-HBs > 100U/l)		

Im Laufe der Ausbildung (innerhalb des 1. Ausbildungsjahres) erforderliche Impfungen z.B. für Kindergarteneinsatz

Hepatitis A	**JA**	**NEIN**
Mindestens 1 Impfung ist erfolgt **oder**		
Serologischer Nachweis eines Schutzes liegt gegen Hepatitis A vor.		

Windpocken	**JA**	**NEIN**
Mindestens 2 Impfungen sind erfolgt **oder**		
Serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Windpocken liegt vor **oder**		
Windpocken als Kind durchgemacht		

Pertussis	**JA**	**NEIN**
Mindestens 1 Impfung ist erfolgt. Letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre		

Ort	**Datum**	**Unterschrift**	**Stempel**

Bei Personen bis zum 18. Lebensjahr werden die Kosten für Impfungen gegen Hepatitis B in der Regel von den Krankenkassen übernommen. Die Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln, Windpocken und Keuchhusten werden in der Regel auch nach dem 18. Lebensjahr von den Krankenkassen übernommen.

Rückseite bitte auch ausfüllen!

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf
zur*m Staatlich geprüften Sozialbetreuer*in und Pflegefachhelfer*in

zur Vorlage bei der Berufsfachschule für Sozialpflege München für

Frau/Herrn _____

geb. am _____ in _____

wohnhaft in _____

Vorinformation
für die*den untersuchenden Ärzt*in und die*den Untersuchte*n:
Dieses Zeugnis über die gesundheitliche Eignung ist nach der Schulordnung für die Berufsfachschule (BFSO) für Sozialpflege die Voraussetzung für die Aufnahme der Berufsausbildung zum*zur staatlich geprüften Sozialbetreuer*in und Pflegefachhelfer*in. Die abgeschlossene Berufsausbildung berechtigt zur Tätigkeit als Assistenzkraft der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege sowie der Behindertenarbeit. Durch weitere Qualifikationen können Spezialberufe wie Pflegefachkraft, Heilerziehungspfleger*in, Familienpfleger*in erreicht werden.

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,
- schwere Erkrankungen der Atemorgane (z. B. schweres Bronchialasthma) oder des Herzens (z.B. angeborene oder erworbene Herzfehler), die die körperliche Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigen,
- starke Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere der Hände,
- schwere, nicht medikamentös sicher einstellbare zerebrale Anfallsleiden,
- Psychosen, Neurosen oder deren Folgezustände, schwere Verhaltensstörungen,
- Rauschmittel-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit.

<u>Beurteilung der gesundheitlichen Eignung</u>

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist die*der Untersuchte aus ärztlicher Sicht physisch und psychisch für den Beruf

zur*m Staatlich geprüften Sozialbetreuer*in und Pflegefachhelfer*in

O geeignet O nicht geeignet **oder**

O eine weitere fachärztliche Begutachtung erforderlich.

Ort	**Datum**	**Unterschrift**	**Stempel**

1. Seite bitte auch ausfüllen!