



Nachweis der gesundheitlichen Eignung

Hintergrund

Sie haben sich für eine Pflegeausbildung beworben. Entsprechend dem Pflegeberufegesetz (PflBG vom 01. Juli 2017) und §2 (Voraussetzung für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung) ist **vor Ausbildungsbeginn** von der/dem Bewerber*in nachzuweisen, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes geeignet ist.

Aus diesem Grund ist zwingend vor dem Ausbildungsbeginn eine Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung vorzulegen.

Nachweis der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung eines pflegerischen Berufes

Nach eingehender ärztlicher Untersuchung bestätige ich hiermit, dass bei

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb. Datum _____ Ort: _____

aktuell wohnhaft in _____

___ aus meiner ärztlichen Sicht **keine Bedenken** zur Ausübung eines pflegerischen Berufes vorliegen

___ aus meiner Sicht **gesundheitliche Einschränkungen** bestehen. Eine Berufsausbildung/- Ausübung in der Pflege ist jedoch möglich

___ aus meiner ärztlichen Sicht **Bedenken** zur Ausübung eines pflegerischen Berufes bestehen
(Zweitmeinung durch den Betriebsarzt der Einsatzklinik gewünscht)

Der aktuelle **Impfstatus** wurde von mir persönlich anhand des internationalen Impfausweises (International Certificates of Vaccination) überprüft.

___ die Standardimpfungen wurden durchgeführt (siehe Rückseite)

___ die Standardimpfungen wurden nicht / unvollständig durchgeführt

___ es konnte kein Impfnachweis vorgelegt werden

Hinweis:

Ohne einen ausreichenden Impfschutz bzw. eine Immunität gegen Masern ist ab dem 01.03.2020 keine Beschäftigung im Gesundheitsdienst bzw. in pflegerischen Einrichtungen möglich (Masernschutzgesetz)!



Nachname: _____ Vorname: _____ Geb. Datum _____ Ort: _____

Auf Grundlage des vorgelegten Impfausweises und/ oder sonstiger medizinischer Unterlagen kann ich folgende Feststellungen zum Impfstatus bestätigen:

Masern / Mumps / Röteln

- ☐ Zwei MMR-Impfungen sind dokumentiert oder
- ☐ Labor: IgG-Antikörper gegen Masern/Mumps/Röteln im Serum wurden nachgewiesen
- ☐ Nicht vollständig: Die Impfungen werden zeitnah erfolgen. Geplante Termin _____

Tetanus / Diphtherie / Pertussis (Keuchhusten) / Poliomyelitis

- ☐ vollständig (nicht älter als 10 Jahre)
- ☐ die letzte Impfung wurde vor mehr als 10 Jahren durchgeführt – eine Auffrischung wird / muss erfolgen

Hepatitis B

- ☐ eine Grundimmunisierung ist im Impfpass dokumentiert und die letzte Impfung (ggsf. Auffrischimpfung) erfolgte innerhalb der letzten 10 Jahre oder
- ☐ Labor: Anti HBs > 100 U/l oder Anti HBc positiv +HBs-Ag negativ
- ☐ Nicht vollständig: Grundimmunisierung wurde begonnen am _____ und mindestens 2 Impfungen sind erfolgt

Hepatitis A

- ☐ Vollständig (2 Impfungen) oder
- ☐ Labor: Antikörper gegen HAV wurden nachgewiesen
- ☐ Nicht vollständig: Impfung wird / muss erfolgen

Varizella-Zoster-Virus VZV)

- ☐ Zwei Varizellen-Impfungen sind dokumentiert oder
- ☐ Labor: IgG-Antikörper gegen Varizellen wurden nachgewiesen oder
- ☐ eine Varizellen-Erkrankung wurde in der Vergangenheit von ärztlicher Seite diagnostiziert und dokumentiert
- ☐ Nicht vollständig: Die Impfung wird / muss erfolgen

Ort: _____ Datum: _____ Stempel/Unterschrift des Arztes/Ärztin _____

Datenschutzhinweis:

Dieses ärztliche Zeugnis dient zur Mitentscheidung der Eignung zur Ausübung des Pflegeberufes. Im Falle eines Zustandekommens eines Ausbildungsverhältnisses wird das ärztliche Zeugnis in der Personalakte verwahrt. Eine Weitergaben von ärztlichen u/o medizinischen Daten wird erfolgt.

Mit freundlichen Grüßen

Janine Kirchmann
Personalreferentin Ausbildung
der Württembergischen Schwesternschaft vom Roten Kreuz e.V.