



Nachweis der gesundheitlichen Eignung Proof of health suitability

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.

background

You have applied for nursing training. In accordance with the Nursing Professions Act (PflBG of July 1, 2017) and §2 (requirement for granting permission to use the professional title), **the applicant must prove before the start of training that he/she is suitable for practicing the profession from a health point of view is.**

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

For this reason, a certificate of health suitability must be presented before the start of training.

Nachweis der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung eines pflegerischen Berufes

Proof of health suitability to practice a nursing profession

Nach eingehender ärztlicher Untersuchung bestätige ich hiermit, dass bei

After a thorough medical examination, I hereby confirm that:

Nachname:	Vorname:	Geb. Datum	Ort:
<u>Last name:</u>	<u>First name:</u>	<u>Date</u>	<u>of birth Place:</u>

aktuell wohnhaft in _____
currently living in _____

_____ aus meiner ärztlichen Sicht **keine Bedenken** zur Ausübung eines pflegerischen Berufes vorliegen From my medical point of view, there are no concerns about practicing a nursing profession

_____ aus meiner Sicht **gesundheitliche Einschränkungen** bestehen. Eine Berufsausbildung/- Ausübung in der Pflege ist jedoch möglich From my point of view there are health restrictions. However, professional training/practice in nursing is possible

_____ aus meiner ärztlichen Sicht **Bedenken** zur Ausübung eines pflegerischen Berufes bestehen (Zweitmeinung durch den Betriebsarzt der Einsatzklinik gewünscht) From my medical point of view, there are concerns about practicing a nursing profession (Second opinion from the company doctor at the operational clinic desired)

Der aktuelle **Impfstatus** wurde von mir persönlich anhand des internationalen Impfausweises (International Certificates of Vaccination)) überprüft. The current vaccination status was personally checked by me using the international vaccination certificate (International Certificates of Vaccination).

_____ die Standardimpfungen wurden durchgeführt (siehe Rückseite) the standard vaccinations have been carried out (see back page)

_____ die Standardimpfungen wurden nicht / unvollständig durchgeführt the standard vaccinations were not/incompletely carried out

_____ es konnte kein Impfnachweis vorgelegt werden the standard vaccinations were not/incompletely carried out

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)!

A notice:

Without sufficient vaccination protection or immunity against measles, employment in the health service or in nursing facilities is not possible from March 1st, 2020 (Measles Protection Act)!



Nachname:	Vorname:	Geb. Datum	Ort:
Last name:	First name:	Date	of birth Place:

Auf Grundlage des vorgelegten Impfausweises Und/ oder sonstiger medizinischer Unterlagen kann ich folgende Feststellungen zum Impfstatus bestätigen: Based on the vaccination certificate and/or other medical documents presented, I can confirm the following statements regarding the vaccination status:

Masern / Mumps / Röteln Measles/mumps/rubella

☐ Zwei MMR-Impfungen sind dokumentiert oder Two MMR vaccinations are documented or
☐ Labor: IgG-Antikörper gegen Masern/Mumps/Röteln im Serum wurden nachgewiesen Laboratory: IgG antibodies against measles/mumps/rubella in serum were detected
☐ Nicht vollständig: Die Impfungen werden zeitnah erfolgen. Geplante Termin Not complete: The vaccinations will take place promptly. Scheduled appointment

Tetanus / Diphtherie / Pertussis (Keuchhusten) / Poliomyelitis

☐ vollständig (nicht älter als 10 Jahre) complete (not older than 10 years)
☐ die letzte Impfung wurde vor mehr als 10 Jahren durchgeführt – eine Auffrischung wird / muss erfolgen The last vaccination was carried out more than 10 years ago - a booster will / must take place

Hepatitis B

☐ eine Grundimmunisierung ist im Impfpass dokumentiert und die letzte Impfung (ggf. Auffrischimpfung) erfolgte innerhalb der letzten 10 Jahre oder a basic immunization is documented in the vaccination certificate and the last vaccination (if necessary, booster vaccination) took place within the last 10 years or
☐ Labor: Anti HBs > 100 U/l oder Anti HBc positiv +HBs-Ag negativ Laboratory: Anti HBs > 100 U/l or Anti HBc positive +HBs-Ag negative
☐ Nicht vollständig: Grundimmunisierung wurde begonnen am Not complete: basic immunization was started on _____ und mindestens 2 Impfungen sind erfolgt and at least 2 vaccinations have been given

Hepatitis A

☐ Vollständig (2 Impfungen) oder Complete (2 vaccinations) or
☐ Labor: Antikörper gegen HAV wurden nachgewiesen Laboratory: Antibodies against HAV were detected
☐ Nicht vollständig: Impfung wird / muss erfolgen Not complete: vaccination will/must take place

Varizella-Zoster-Virus VZV)

☐ Zwei Varizellen-Impfungen sind dokumentiert oder Two varicella vaccinations are documented or
☐ Labor: IgG-Antikörper gegen Varizellen wurden nachgewiesen oder Laboratory: IgG antibodies against varicella were detected or
☐ eine Varizellen-Erkrankung wurde in der Vergangenheit von ärztlicher Seite diagnostiziert und dokumentiert Varicella disease was diagnosed and documented by a doctor in the past
☐ Nicht vollständig: Die Impfung wird / muss erfolgen Not complete: The vaccination will/must take place

Ort:	Datum:	Stempel Unterschrift des Arztes/Ärztin
Place:	Date:	Stamp Signature of the doctor

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. Data protection notice: This medical certificate is used to determine your suitability to practice the nursing profession. If a training relationship is established, the medical certificate will be kept in the personnel file. One Medical and/or medical data will be passed on.