



Nachweis der gesundheitlichen Eignung Preuve d'aptitude sanitaire

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.

arrière-plan

Vous avez postulé pour une formation d'infirmière. Conformément à la loi sur les professions infirmières (PflBG du 1er juillet 2017) et §2 (condition d'octroi de l'autorisation d'utiliser le titre professionnel), le candidat doit prouver avant le début de la formation qu'il est apte à exercer la profession à partir de d'un point de vue santé c'est le cas.

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

Pour cette raison, un certificat d'aptitude sanitaire doit être présenté avant le début de la formation.

Nachweis der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung eines pflegerischen Berufes

Preuve d'aptitude sanitaire à exercer une profession d'infirmière

Nach eingehender ärztlicher Untersuchung bestätige ich hiermit, dass bei

Après un examen médical approfondi, je confirme que :

Nachname:	Vorname:	Geb. Datum	Ort:
Nom :	Prénom :	Date	de naissance Lieu :

aktuell wohnhaft in _____

vit actuellement dans

_____ aus meiner ärztlichen Sicht **keine Bedenken** zur Ausübung eines pflegerischen Berufes vorliegen. *De mon point de vue médical, il n'y a aucune inquiétude quant à l'exercice d'une profession d'infirmière.*

_____ aus meiner Sicht **gesundheitliche Einschränkungen** bestehen. Eine Berufsausbildung/- Ausübung in der Pflege ist jedoch möglich *De mon point de vue, il y a des restrictions sanitaires. Cependant, une formation/pratique professionnelle en soins infirmiers est 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) *es vaccinations standards ont été effectuées (voir au verso*

_____ die Standardimpfungen wurden nicht / unvollständig durchgeführt *les vaccinations standards n'ont pas été/incomplètement effectuées*

_____ es konnte kein Impfnachweis vorgelegt werden *aucune preuve de vaccination n'a pu être présentée*

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)!

Un avis: Sans protection vaccinale ou immunité suffisante contre la rougeole, l'emploi dans les services de santé ou dans les établissements de soins n'est plus possible à partir du 1er mars 2020 (Loi sur la protection contre la rougeole) !



Nachname:	Vorname:	Geb. Datum	Ort:
Nom :	Prénom :	Date	de naissance Lieu :

Auf Grundlage des vorgelegten Impfausweises Und/ oder sonstiger medizinischer Unterlagen kann ich folgende Feststellungen zum Impfstatus bestätigen: *Sur la base du certificat de vaccination et/ou d'autres documents médicaux présentés, je peux confirmer les déclarations suivantes concernant le statut vaccinal :*

Masern / Mumps / Röteln Oreillons Rubéole Rougeole

___ Zwei MMR-Impfungen sind dokumentiert oder *Deux vaccinations ROR sont documentées ou*
___ Labor: IgG-Antikörper gegen Masern/Mumps/Röteln im Serum wurden nachgewiesen Laboratory *Laboratoire : Des anticorps IgG contre la rougeole/oreillons/rubéole ont été détectés dans le sérum.*
___ Nicht vollständig: Die Impfungen werden zeitnah erfolgen. Geplante Termin *Pas complet : les vaccinations auront lieu dans les plus brefs délais. Rendez-vous programmé*

Tetanus / Diphtherie / Pertussis (Keuchhusten) / Poliomyelitis

___ vollständig (nicht älter als 10 Jahre) *complet (pas plus de 10 ans)*
___ die letzte Impfung wurde vor mehr als 10 Jahren durchgeführt – eine Auffrischung wird / muss erfolgen *La dernière vaccination a été réalisée il y a plus de 10 ans - un rappel sera/doit avoir lieu*

Hepatitis B

___ eine Grundimmunisierung ist im Impfpass dokumentiert und die letzte Impfung (ggfs. Auffrischimpfung) erfolgte innerhalb der letzten 10 Jahre *oder une vaccination de base est documentée dans le certificat de vaccination et la dernière vaccination (si nécessaire, rappel) a eu lieu au cours des 10 dernières années ou*
___ Labor: Anti HBs > 100 U/l *oder* Anti HBc positiv +HBs-Ag negativ *Laboratoire : Anti HBs > 100 U/l ou Anti HBc positif + HBs-Ag négatif*
___ Nicht vollständig: Grundimmunisierung wurde begonnen am *Incomplet : la vaccination de base a commencé le*
_____ und mindestens 2 Impfungen sind erfolgt *et au moins 3 vaccins ont été administrés*

Hepatitis A

___ Vollständig (2 Impfungen) oder *Complète (2 vaccinations) ou*
___ Labor: Antikörper gegen HAV wurden nachgewiesen *Laboratoire : Des anticorps contre le VHA ont été détectés*
___ Nicht vollständig: Impfung wird / muss erfolgen *Incomplète : la vaccination aura/doit avoir lieu*

Varizella-Zoster-Virus VZV)

___ Zwei Varizellen-Impfungen sind dokumentiert oder *Deux vaccinations contre la varicelle sont documentées ou*
___ Labor: IgG-Antikörper gegen Varizellen wurden nachgewiesen oder *Laboratoire : des anticorps IgG contre la varicelle ont été détectés ou*
___ eine Varizellen-Erkrankung wurde in der Vergangenheit von ärztlicher Seite diagnostiziert und dokumentiert *La varicelle a été diagnostiquée et documentée par un médecin dans le passé*
___ Nicht vollständig: Die Impfung wird / muss erfolgen *Incomplète : La vaccination aura/doit avoir lieu*

Ort:	Datum:	Stempel Unterschrift des Arztes
NLieu :	Date :	Cachet Signature du médecin

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.

Avis de protection des données : *Ce certificat médical sert à déterminer votre aptitude à exercer la profession d'infirmière. Si une relation de formation est établie, le certificat médical sera conservé dans le dossier du personnel. Les données médicales et/ou éducatives seront transmises.*