

## Medizinische Beurteilung für die Fach- und Diplomsozialbetreuungsberufe

**Altenarbeit** mit Pflegeassistenz

**Behindertenarbeit** mit Pflegeassistenz

**Familienarbeit** mit Pflegeassistenz

Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber!

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!

Für die Aufnahme in eine Sozialbetreuungsausbildung mit Pflegeassistenz an der SOB TIROL – Schule für Sozialbetreuungsberufe ist laut Pflegeassistenzberufe-Ausbildungsverordnung ein Nachweis zu erbringen, der die erforderliche Eignung bestätigt.

Wir ersuchen Sie daher, den medizinischen Beurteilungsbogen mit einer Ärztin/einem Arzt ihres Vertrauens auszufüllen und mit den ausständigen Unterlagen fristgerecht abzugeben.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen:

<b>Nachname:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>SV-Nr.:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>

### Allergien/Unverträglichkeiten:

(z.B. Antibiotika, Latex, Putzmittel, etc.)

### Bewegungsapparat:

Bandscheibenvorfall                       Sonstiges:

<b>Andere Erkrankungen/Operationen:</b>	<b>Psychische Erkrankungen:</b>
<b>Unfälle/Berufskrankheiten/Invalidität:</b> Einschränkung in %	<b>Medikamenteneinnahme:</b>
<b>Infektionskrankheiten:</b> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>	

### Sinnesleistungen:

Sehvermögen:	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

## Infektionsschutz-Anforderung für Tätigkeiten in patientennahen Bereichen:

<b>Erforderlicher Infektionsschutznachweis:</b>			
	Infektionsschutz ausreichend: (2 dokumentierende Impfungen oder pos IgG Titer)	Impfschutz nicht ausreichend:	
Masern		Wenn nicht ausreichend, bitte impfen.	
Mumps		Wenn nicht ausreichend, bitte impfen.	
Röteln		Wenn nicht ausreichend, bitte impfen.	
Varicellen		Wenn nicht ausreichend, bitte impfen.	
Hepatitis B (Energix oder Twinrix)	1. Teilimpfung, am: 2. Teilimpfung, am: 3. Teilimpfung, am: Auffrischung, am:		

Der erforderliche Infektionsschutznachweis muss bei der Bewerbung vorhanden sein und gilt als erbracht bei:

- a) Positivem Antikörper-Titer (Laborbefund) oder
  - b) Nachgewiesene zweimalige Impfung (gestempelter Impfpass)
- Die MMR-Impfung (Masern-Mumps-Röteln) ist kostenlos in jedem Gesundheitsamt erhältlich.

### Von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen:

Die Bewerberin/Der Bewerber ist physisch und psychisch geeignet, um in einem Sozialbetreuungsberuf mit Pflegeassistenz zu arbeiten:

- geeignet
  nicht geeignet

**Datum:**

**Unterschrift und Stempel:**

### Von der Bewerberin/dem Bewerber auszufüllen:

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind.

**Datum:**

**Unterschrift:**

### Bitte folgende Beilagen anfügen:

- ✓ Kopie Impfpass (bitte gut leserlich kopieren)
- ✓ Befund Antikörperbestimmung

Ein zweites Exemplar dieser Seite bitte vollständig ausgefüllt kopieren und behalten (dient zu ihrer Vorlage bei den Krankenhauspraktika während der Ausbildung)!