

Diese Seite bleibt bei
der Ärztin / beim Arzt

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt

Die Person, welche Ihnen das Schreiben vorlegt, interessiert sich für eine Ausbildung an der **Höheren Fachschule Gesundheit und Soziales (HFGS)** im Bildungsgang Pflege oder Operationstechnik. Eine Zulassungsbedingung ist eine ärztliche Bescheinigung über den psychischen und physischen Gesundheitszustand. Ihre Untersuchung gilt als Eintrittsuntersuchung. Die zukünftigen Studierenden sind angehalten, den empfohlenen Impfschutz vor Studienbeginn zu vervollständigen.

Ärztliches Zeugnis (S. 1– 4): Diese Seiten bleiben bei Ihnen.

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung (S. 5): Diese von Ihnen ausgefüllte und unterschriebene Seite sendet die Bewerberin/der Bewerber direkt an die HFGS Aarau.

Impfstatus (S. 6): Diese Seite füllt die Bewerberin/der Bewerber aus und reicht sie zusammen mit S. 5, Ergebnis der ärztlichen Untersuchung, an die HFGS ein.

PERSONALIEN

Name, Vorname _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Anstellungsbetrieb _____
(falls bereits bekannt)

Ist Ihnen die/der Untersuchte bekannt? ja nein

Sind Sie die Hausärztin, der Hausarzt? ja, seit _____ nein

ANAMNESE

Bestehen aktuelle Beschwerden? Steht die Kandidatin, der Kandidat z. Zt. in ärztlicher Behandlung und weshalb?

Frühere schwere Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Hospitalisationen

Folgezustände?

Diese Seite bleibt bei der Ärztin / beim Arzt

Stand die Kandidatin, der Kandidat wegen einer der nachstehend erwähnten Krankheiten in Behandlung?

	Diagnose	Jahr
Rückenleiden	_____	_____
Gelenkerkrankungen	_____	_____
Allergien/Asthma	_____	_____
Hauterkrankung, insb. Ekzeme	_____	_____
HIV-Infektion/Tbc/HepB/HepC	_____	_____
Psychische Erkrankungen	_____	_____

Bestehen Anhaltspunkte für Drogen-/Medikamenten-/Alkoholabusus?

Nikotin nein ja, wie viel: _____
Regelmässige Medikation nein ja, welche: _____

Andere spezielle Erkrankungen, relevante Diagnosen?

Ist die Bewerberin, der Bewerber diesbezüglich in ärztlicher Kontrolle?

Gynäkologische Affektionen, Schwangerschaft?

STATUS

Grösse _____ Gewicht _____ BMI _____
Visus re _____ Visus li _____ Gesichtsfeld (Finger) _____
Gehör, Flüstersprache re _____ m li _____ m
Haut _____
Mund/Zähne _____
Lymphknoten _____
Schilddrüse _____
Lungen _____
Herz _____ Blutdruck _____ Puls _____

Abdomen _____

Skelett:

Wirbelsäule/Rücken _____

Gelenke _____

Fussdeformitäten _____

Nervensystem _____

Labor/Datum _____

Hämoglobin _____ Leukozyten _____ Blutzucker _____

Quantiferontest _____

Urinstatus _____

Thorax/Schirmbild (für Schuleintritt nicht nötig, nur falls aus anderer Indikation)

Datum _____ Befund _____

IMPFUNGEN gemäss BAG-Empfehlungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen

- **Poliomyelitis**

Basisimpfungen; bei Reisen in Endemiegebiet: Auffrischung alle 10 Jahre empfohlen.

- **Diphtherie/Tetanus**

Basisimpfungen; Auffrischung alle 20 Jahre empfohlen.

- **Pertussis**

Basisimpfungen; Auffrischung alle 10 Jahre
Schwerpunkt KJFF: Impfung nicht älter als 5 Jahre.

- **Masern/Mumps/Röteln**

Alle Beschäftigten im Gesundheitswesen (BiG): 2 Dosen. Bei 2 x Geimpften ist keine Antikörperkontrolle empfohlen.

- **Hepatitis B** (2 resp. 3 Impfungen je nach Alter)

Titerkontrolle _____ IU/l (bitte auch im Impfausweis eintragen)

Empfehlung zur Hepatitis-B-Impfung: Wenn einmal eine Titer Hepatitis Bs AK > 100 IU/l erreicht ist, ist weder eine Impfauffrischung noch eine weitere AK-Bestimmung nötig.

- **Hepatitis A**

Für Beschäftigte im Labor, auf der Kinderklinik und Gastroenterologie empfohlen.

- **Varizellen**

durchgemacht

VZV-IgG (falls Krankheit nicht sicher erinnert wird): _____

Impfung (2 Dosen): _____

VZG-IgG-Kontrolle nach Impfung: _____

Diese Seite bleibt bei
der Ärztin / beim Arzt



Ist die Kandidatin, der Kandidat körperlich/psychisch für den vorgesehenen Beruf im Gesundheits- und Sozialwesen geeignet?

Ort und Datum

Unterschrift, Stempel Arzt/Ärztin

Diese Seite ist Teil des
Aufnahmeverfahrens und
an die HFGS einzureichen.

ERGEBNIS DER ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG UND BESTÄTIGUNG IMPFSTATUS

Die/der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass

Name, Vorname _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

aus medizinischer Sicht für den Beruf als

Pflegefachfrau HF / Pflegefachmann HF

Fachfrau Operationstechnik HF / Fachmann Operationstechnik HF

geeignet und gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln,
Varizellen und Hepatitis B (und Hepatitis A) gemäss offiziellem Impfplan des BAG ausrei-
chend geimpft ist.

Der Quantiferontest ist negativ.

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift, Stempel Arzt/Ärztin

Besten Dank für Ihre Bemühungen und freundliche Grüsse
Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales

Diese Seite ist Teil des Aufnahme-
verfahrens und zusammen mit dem
«Ergebnis der ärztlichen Untersuchung»
an die HFGS einzureichen.

IMPFSTATUS

Name, Vorname _____

Wichtige Hinweise zu den Impfungen – bitte vor Studienbeginn lesen!

Die Arbeit in Kliniken ist mit dem Risiko verbunden, mit ansteckenden Krankheiten in Kontakt zu kommen oder infolge eines ungenügenden Impfschutzes Patientinnen oder Patienten zu gefährden.

Überprüfen Sie deshalb bitte Ihren **Impfstatus vor Studienbeginn**. Aus Gründen des Patienten- und Arbeitnehmerschutzes müssen die Impfungen vor Ausbildungsbeginn – sicher aber vor der praktischen Tätigkeit – komplett sein. Zukünftige Studierende sind aufgefordert, die erforderlichen Impfungen bei ihrem hausärztlichen Dienst durchführen zu lassen.

Impfempfehlungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen BAG (Auffrischimpfungen):

<https://goo.gl/eB7t5L> (www.bag.admin.ch)

Impfungen

Hepatitis-B-Impfung

Einen Monat später
Sechs Monate nach 1. Impfung
Einen Monat nach 3. Impfung
2 resp. 3 Impfungen je nach Alter

Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Falls Grundimmunisierung vorhanden, nur noch bei Reisen in Entwicklungsländer. Auffrischimpfung alle 10 Jahre empfohlen.

Diphtherie/Tetanus

alle 20 Jahre

Pertussis

alle 10 Jahre
Schwerpunkt KJFF: Impfung nicht älter als 5 Jahre

QuantiFERON-TB-Gold-Test (Tuberkulose)

nicht älter als 2 Jahre

Kinderkrankheiten: Masern, Mumps, Röteln und Varizellen

durchgemacht, zweimal geimpft oder Überprüfung mit Antikörpertest

Impfstatus mit Datum

1. _____

2. _____

3. _____

Titer: _____ IU/l

Empfehlung zur Hepatitis-B-Impfung: Wenn einmal eine Titer Hepatitis Bs AK > 100 IU/l erreicht ist, ist weder eine Impfauffrischung noch eine weitere AK-Bestimmung nötig.

letzte Impfung: _____

letzte Impfung: _____

letzte Impfung: _____

IU/ml: _____

Mitogen: _____

infiziert: ja nein

MMR: _____

Varizellen durchgemacht: ja nein

Ort und Datum

Unterschrift der studierenden Person

(Die unterzeichnende Person übernimmt die Verantwortung für den empfohlenen Impfschutz)