

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	
Strasse	PLZ	Ort
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?

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

	Diagnose	Jahr
Rückenleiden	_____	_____
Gelenkserkrankungen	_____	_____
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		Haut
_____		re _____ m li _____ m		_____
Mund/Zähne		Lymphknoten		Schilddrüse
_____		_____		_____
Lungen		Herz		Blutdruck
_____		_____		_____

Puls	Abdomen	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 KJF: 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: _____

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

Ort/Datum

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und Bestätigung Impfstatus

Die/der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

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 ausreichend geimpft ist.

Bemerkungen

Ort/Datum

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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

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): 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

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.

1. Impfdatum

2. Impfdatum

3. Impfdatum

Titer

IU/l

Poliomyelitis (Kinderlähmung)

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

letzte Impfung

Diphtherie/Tetanus

- alle 20 Jahre

letzte Impfung

Pertussis

- alle 10 Jahre
- Schwerpunkt KJF: Impfung nicht älter als 5 Jahre

letzte Impfung

QuantiFERON-TB-Gold-Test (Tuberkulose)

- nicht älter als 2 Jahre

IU/ml

Mitogen

infiziert Ja Nein

Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln und Varizellen)

Durchgemacht, zweimal geimpft oder Überprüfung mit Antikörpertest.

MMR

Varizellen durchgemacht Ja Nein

Ort/Datum

Unterschrift der studierenden Person



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