

Bestätigung über die gesundheitliche Eignung

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!
 Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber!

Für die Aufnahme in eine der unten angeführten Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsberufe ist gesetzlich ein Nachweis der zur Erfüllung der Berufspflichten erforderlichen gesundheitlichen Eignung zu erbringen (GuK-Gesetz § 54). Detaillierte Ausführungen zur Prüfung der gesundheitlichen Eignung finden Sie unter Anlage 5, Ministerium für Gesundheit und Frauen

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/8/9/CH4049/CMS1539326942787/gesundheitsliche_eignung.pdf oder als QR Code:



Die Bewerberin/der Bewerber wird gebeten, die Bestätigung über die gesundheitliche Eignung den Anmeldeunterlagen beizulegen. Sollte ein Praktikum an den Häusern der Tirol Kliniken GmbH absolviert werden, dann bitten wir um zusätzliche Beilage der Infektionsschutzanforderung.

Von der/dem BewerberIn anzukreuzen bzw. auszufüllen:

Weiterbildung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Basales und mittleres Pflegemanagement | <input type="checkbox"/> Parkinson Nurse |
| <input type="checkbox"/> Breast Care Nurse | <input type="checkbox"/> Pain Nurse |
| <input type="checkbox"/> Cancer Nurse | <input type="checkbox"/> Pflege bei außerklinischer Beatmung |
| <input type="checkbox"/> Demenz Nurse | <input type="checkbox"/> Pflege bei Demenz für PflegeassistentInnen |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzberatung | <input type="checkbox"/> Pflege bei endoskopischen Eingriffen |
| <input type="checkbox"/> Hygienemanagement im Gesundheitswesen | <input type="checkbox"/> Pflege bei psychiatr. Erkrankungen für PflegeassistentInnen |
| <input type="checkbox"/> Intermediate Care in der Pädiatrie | <input type="checkbox"/> Pflege im Intermediate Care Bereich |
| <input type="checkbox"/> Kontinenz- und Stomaberatung | <input type="checkbox"/> Praxisanleitung |
| <input type="checkbox"/> Opferschutzberatung im Gesundheitswesen | <input type="checkbox"/> Rheumaberatung |
| „Forensic Nursing“ | <input type="checkbox"/> Wundmanagement |

Nachname	Vorname	Titel	SV-Nr.	Geburtsdatum

Von der Ärztin/dem Arzt bitte zu bestätigen:

Bestätigung

Die Bewerberin/der Bewerber bringt die erforderliche gesundheitliche Eignung mit, um im oben ausgewählten Gesundheitsberuf zu arbeiten.

- ja nein

Datum:

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel der Ärztin/des Arztes