

## Medizinische Beurteilung für eine Gesundheitsausbildung

Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber!

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!

Für die Aufnahme in eine Gesundheitsausbildung am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH ist gesetzlich ein Nachweis der zur Erfüllung der Berufspflichten nötigen körperlichen, geistigen und gesundheitlichen Eignung zu erbringen.

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

Von der/dem BewerberIn in Blockbuchstaben leserlich auszufüllen:

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b>			
<input type="checkbox"/> Penicillin	<input type="checkbox"/> Nickel	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Latex
<input type="checkbox"/> Thiomersal	<input type="checkbox"/> Putzmittel/Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Handekzem derzeit	<input type="checkbox"/> Handekzem früher
<b>Wirbelsäulenleiden</b>			
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall		<input type="checkbox"/> Sonstige:	
<b>Sonstige Erkrankungen</b>			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Magenleiden	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Zöliakie
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung	
<input type="checkbox"/> andere:			
<b>Diätkost</b>			
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
<b>Operationen:</b>			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> wenn <b>ja</b> , welche:	
<b>Medikamente:</b>			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> wenn <b>ja</b> , welche:	
<b>Sinnesleistungen:</b>			
<b>Sehvermögen:</b>		<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
<b>Hörvermögen:</b>		<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

<b>Risikofaktoren</b>	
<b>Nikotin:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Blutfette:</b>	<input type="checkbox"/> nicht erhöht <input type="checkbox"/> erhöht
sonstige Risikofaktoren:	
<b>Invalidität:</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erwerbseinschränkung in Prozent:
<b>Berufskrankheit:</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche:	

## Infektionsschutz-Anforderung

Für die Aufnahme in eine Gesundheitsausbildung am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH ist ein **ausreichender Impfschutznachweis ODER** eine **positive Antikörperbestimmung (Titer)** gegen folgende Infektionskrankheiten **bei Bewerbung** nachzuweisen.

erforderlicher Infektionsschutznachweis:			
	Infektionsschutz-ausreichend <small>(2 dokumentierte Impfungen oder pos. IgG Titer)</small>	Impfschutz nicht ausreichend	
Masern		<i>Wenn nicht ausreichend, bitte impfen</i>	
Mumps		<i>Wenn nicht ausreichend, bitte impfen</i>	
Röteln		<i>Wenn nicht ausreichend, bitte impfen</i>	
Varicellen		<i>Wenn nicht ausreichend, bitte impfen</i>	
Dringend empfohlener Infektionsschutz:		Impfdatum	Titer IgG
Hepatitis B (Engerix oder Twinrix)	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ 3. Teilimpfung am _____ Auffrischungen am _____		
<i>Falls noch keine/oder unvollständige Grundimmunisierung durchgeführt wurde, werden in der betriebsärztlichen Ambulanz <b>kostenlose Hepatitis B -Impfungen und Hepatitis B Titerbestimmungen</b> durchgeführt. Bitte daher nur die Daten eintragen.</i>			

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

- positivem Antikörper Titer (Laborbefund) oder
- nachgewiesener zweimaliger Impfung (gestempelter Impfpass)

Die MMR-Impfung ist kostenlos in jedem Gesundheitsamt erhältlich.

**Von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen:**

Die Bewerberin/Der Bewerber ist geistig und körperlich geeignet in einem Gesundheitsberuf 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.  
 Ich stimme zu, dass alle hier angeführten Daten an das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH weitergegeben werden dürfen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

- Kopie Impfpass (**bitte gut leserlich kopieren**)
- Befund Antikörperbestimmung (falls Impfnachweis nicht vorhanden)