

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die gesundheitliche Eignung für „Staatlich geprüfte/r Kinderpfleger/innen“



Staatliche Berufsfachschule für Kinderpflege · Bezoldweg 31 · 91541 Rothenburg o. d. T.

STAATLICHES BERUFLICHES
SCHULZENTRUM
ROTHENBURG | DINKELSBÜHL

Frau / Herrn _____

geb. am _____ in _____

wohnhaft in _____

Dieses Zeugnis über die gesundheitliche Eignung ist nach der Schulordnung für die Berufsfachschule für Kinderpflege die Voraussetzung für die Aufnahme der Berufsausbildung zur staatlich geprüften Kinderpflegerin / zum staatlich geprüften Kinderpfleger.

Vorinformation

für die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt und die Untersuchte / den Untersuchten:

Die abgeschlossene Berufsausbildung berechtigt zur Tätigkeit als pädagogische Mitarbeiterin / als pädagogischer Mitarbeiter in sozialpädagogischen Einrichtungen zur Betreuung von Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern sowie von Kindern mit Behinderung. Die Eignung für diese (auch im Sinne der Aufsichtspflicht) verantwortliche Tätigkeit schließt insbesondere folgende Krankheitsbilder aus:

- erhebliche Störungen des Seh- und Hörvermögens, die nicht genügend korrigiert werden können (mit Brille bzw. Hörgerät)
- Sprachstörungen
- ansteckende Krankheiten
- die körperliche Leistungsfähigkeit stärker beeinträchtigende Erkrankungen der Atemorgane (bzw. schweres Bronchialasthma) oder des Herzens (angeborene oder erworbene Herzfehler)
- starke Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der Hände
- schwere, nicht medikamentös sicher einstellbare zerebrale Anfallsleiden
- Psychosen (auch Defektzustände nach solchen), Neurosen, schwere Verhaltensstörungen
- Rauschmittel-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit
- oder weitere, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beschränkende Zustände

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist die / der Untersuchte aus ärztlicher Sicht **physisch und psychisch für einen sozialpädagogischen Beruf**

- geeignet**
- bedingt geeignet***
- ungeeignet**

*Bei bedingter Eignung Angaben über die Art der Einschränkung:

Stempel des Arztes

Datum

Unterschrift des Arztes