

Ärztlicher Bericht

Der Hausarzt wird um Beurteilung der körperlichen und psychischen Eignung für den angestrebten Beruf einer / eines Kindergartenpädagogin/ Kindergartenpädagogen ersucht.

Familienname: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Blutdruck: _____

Sehvermögen: ohne Brille normal ja / nein
 mit Brille normal ja / nein
 Farbblindheit ja / nein

Hörvermögen: normal ja / nein

Sprechfähigkeit: normal ja / nein

Thoraxorgane: unauffällig ja / nein Besonderheiten: _____

Abdominalorgane: unauffällig ja / nein Besonderheiten: _____

Wirbelsäule u. Gelenke: unauffällig ja / nein Besonderheiten: _____

Völlige Funktionstüchtigkeit
der Hände und Füße: ja / nein Art der Behinderung: _____

Linkshändigkeit: ja / nein

Reflexstatus: normal ja / nein Besonderheiten: _____

Menstruation: normal ja / nein Besonderheiten: _____

Harnuntersuchung Eiweiß negativ: vorhanden:
 Zucker negativ: vorhanden:

Sind vor der vorgesehenen Berufsausbildung Spezialuntersuchungen erforderlich?

Ja / nein Welche wurden veranlasst: _____

Erscheint auf Grund der ärztlichen Untersuchung die Bewerberin / der Bewerber für die vorgesehene Berufsausbildung und den künftigen Beruf geeignet?

ja / nein Begründung: _____

Sonstige Bemerkungen: _____

.....am

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

Nichtzutreffendes streichen
Langstampiglie der Bildungsanstalt

GESUNDHEITSSBOGEN

Für die Aufnahme in eine Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (Kolleg) .

Der Beruf einer Kindergartenpädagogin / eines Kindergartenpädagogen setzt völlige körperliche und geistige Gesundheit voraus. Deshalb ist schon bei der Berufswahl zu beachten, dass nur eine gesunde Bewerberin / ein gesunder Bewerber den künftigen Anforderungen gewachsen sein kann.

Vor Beginn der Ausbildung für die genannten Berufe wird eine Beratung durch den Hausarzt empfohlen, um die körperliche Eignung für den künftigen Beruf feststellen zu lassen.

Bitte vorerst das Anamneseblatt ausfüllen und anschließend den Hausarzt um den ergänzenden ärztlichen Bericht ersuchen.

ANAMNESEBLATT

Name der Aufnahmebewerberin / des Aufnahmebewerbers:

Geburtsdatum:

Anzahl der Geschwister:

Vater: lebt ja / nein

Todesursache:

Mutter: lebt ja / nein

Todesursache:

Ist die Familie frei von:

Tuberkulose ja / nein

Zuckerkrankheit ja / nein

Geisteskrankheit ja / nein

Impfungen: gegen

Tuberkulose ja / nein

Kinderlähmung ja / nein

Tetanus ja / nein

FSME ja / nein

Welche Krankheiten (Unfälle, Operationen) hat die Aufnahmewerberin / der Aufnahmewerber bisher durchgemacht?

Krankenhausaufenthalte:

Dauer:

Diagnosen:

Dauer:

Diagnosen:

Besteht derzeit ein Folgezustand nach einer durchgemachten Krankheit oder einer körperlichen Behinderung?

ja / nein

Ist die / der AufnahmewerberIn frei von:

Krampfanfällen (Epilepsie) ja / nein

Allergieneigungen ja / nein

Asthma ja / nein

..... am

.....

Unterschrift