**Ärztliches Zeugnis**

für angehende Auszubildende Grundbildung (AGS EBA, FaGe EFZ, MPT EFZ)

Bitte beziehen Sie beim Ausfüllen des Ärztlichen Zeugnis die Empfehlungen "Medizinische Eignungsuntersuchung für angehende Lernende im Gesundheitswesen vor oder in der beruflichen Grundbildung und Kontrolle des Impfschutzes" der OdA Gesundheit Zürich mit ein.

|  |  |
| --- | --- |
| **Betreuende Ärztin / betreuender Arzt** | **Zukünftiger Arbeitgeber** |
| **Auszubildende Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)** |
| **Gewünschte berufliche Grundbildung**  |
| [ ]  | Assistent\*in Gesundheit und Soziales EBA | [ ]  | Fachperson Gesundheit EFZ | [ ]  | Medizinprodukte-technologe\*in EFZ |

**Kontrolle des Impfschutzes**

Eine Kopie des Impfausweises ist beizulegen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorhanden | Nichtvorhanden | Impfschutz gegen: |
| [ ]  | [ ]  | Keuchhusten |
| [ ]  | [ ]  | Starrkrampf |
| [ ]  | [ ]  | Diphtherie  |
| [ ]  | [ ]  | Kinderlähmung |
| [ ]  | [ ]  | Masern  |
| [ ]  | [ ]  | Mumps |
| [ ]  | [ ]  | Röteln |
| [ ]  | [ ]  | Windpocken  |
| [ ]  | [ ]  | Hepatitis B, Impftiter:      |
| [ ]  | [ ]  | Hepatitis A |
| [ ]  | [ ]  | Coronavirus SARS-CoV-2 |

**Einschätzung Risikobewertung TB-Exposition**

[ ]  TBC-Testung hat stattgefunden.

[ ]  TBC-Testung ist aufgrund der Risikobewertung nicht notwendig.

|  |
| --- |
| **Einschätzung durch die betreuende Ärztin, den betreuenden Arzt** |
| [ ]  | Für den oben genannten Beruf uneingeschränkt geeignet.Es bestehen keine körperlichen oder psychische Einschränkungen bei der oben genannten Person. |
| [ ]  | Für den oben genannten Beruf bedingt geeignet.Es bestehen körperliche und oder psychische Einschränkungen bei der oben genannten Person, welche bei der Ausbildung berücksichtigt werden sollten.Bemerkungen: |
| [ ]  | Für den oben genannten Beruf nicht geeignet:Bemerkungen: |
| Ort / Datum | Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes |

**Bitte senden an**

(Name und Adresse der Personalärztin / des Personalarztes einfügen)

|  |
| --- |
|  |