

# Ärztliches Zeugnis

Stempel der Ärztin/ des Arztes:

Ihre Untersuchung gilt als Eintrittsuntersuchung. Das ärztliche Zeugnis bleibt bei der Personalärztin/ beim Personalarzt.

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Bürgerort: .....

Ist Ihnen die/ der Untersuchte persönlich bekannt? .....

Sind Sie ihr Hausarzt/seine Hausärztin? .....

Wenn ja, seit wann (ca.)? .....

## Anamnese

### a) Persönliche Anamnese

Durchgemachte Krankheiten: .....  
.....  
.....

Operationen: .....

Spitalaufenthalte: .....

Unfälle: .....

Übertragbare Krankheiten (z.B. TB, Hepatitis): .....

Rheumatische Affektionen: .....

Allergien: .....

Asthma: .....

Rückenprobleme: .....

Mensesstörungen: .....

Kopfschmerzen, Migräne: .....

Essstörungen: .....  
Psychische Störungen: .....  
Sucht/ Abhängigkeit: .....  
Derzeitige Beschwerden: .....  
Regelmässige Medikamente: nein ja, welche .....

**b) Familiäre Anamnese**

Sind Nervenleiden oder Geisteskrankheiten in der Familie bekannt?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Sind Fälle von Tuberkulose in der Familie aufgetreten?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**\*Möglichkeit des Tuberkulosestests bei Lunge Zürich:**  
Ein Eintrittstest Tuberkulose beim Gesundheitspersonal ist versicherungstechnisch notwendig.  
Eine Tuberkulinprobe oder ein IGRA Test (jedoch wesentlich teurer) können durchgeführt  
werden. Es besteht die Möglichkeit, den Eintrittstest bei Lunge Zürich durchführen zu lassen.

## Status

Grösse: ..... Gewicht: .....

Sinnesorgane: Sehschärfe: rechts ..... links .....

Gehör: rechts ..... links .....

Thorax: Herz .....

Blutdruck ..... Pulsfrequenz .....

Lunge .....

Abdomen (Hernien): .....

Wirbelsäule: .....

Extremitäten: .....

Füsse: .....

Haut: .....

Mundhöhle: .....

Tremor: ..... Reflexe: PSR ..... ASR .....

Blut: Haemoglobin: ..... Leuko: .....

Urin: Eiweiss: ..... Zucker: ..... Sed: .....

Tuberkulinprobe (2TE PPD RT23): ..... Ø mm Datum: .....

Thorax-Röntgenbild erstellt:  nein  ja Datum: .....

St. n. Varizellen  ja  nein

## Durchgeführte Schutzimpfungen

Masern Jahr ..... Keuchhusten Jahr .....

Mumps Jahr ..... Diphtherie Jahr .....

Röteln Jahr ..... Tetanus Jahr .....

Varizellen Jahr ..... Polio Jahr .....

Tuberkulose (BCG)\* Jahr .....

Hepatitis B Jahr ..... Impftiter Hepatitis B.....

Hepatitis A Jahr .....

**Bestehen bei der Kandidatin bzw. beim Kandidaten aufgrund der Untersuchungsergebnisse Bedenken in Bezug auf die Ausübung des Berufes "Fachperson Gesundheit" , "Assistent/-in Gesundheit und Soziales" oder "Medizinproduktetechnologe/In EFZ"?**

körperlich: .....

psychisch: .....

Ergänzende Bemerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Eventueller Spezialbericht (als Beilage)**

ja                       nein

Ort, Datum: .....                      Unterschrift: .....

Bitte senden an (Name und Adresse des Personalarztes/der Personalärztin einfügen):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(Das Dokument "Ärztliches Zeugnis" wurde 2017 mit dem Kantonsärztlichen Dienst des Kanton Zürich abgesprochen.)