

Ärztliche Bescheinigung

über die gesundheitliche Eignung für die Ausbildung zur Sozialassistentin/Sozialassistent

Frau/Herrn.....

geb.am.....

wohnhaft in.....

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

Diese Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung ist Voraussetzung für die Aufnahme der Berufsausbildung zur Sozialassistentin/Sozialassistent, Erzieherin/Erzieher.

Sozialassistent*innen werden in der Arbeit mit Klienten im sozialpädagogischen oder sozialpflegerischen Bereich eingesetzt.

Die Eignung für diese (auch im Sinne der Aufsichtspflicht) verantwortliche Tätigkeit schließen in der Regel insbesondere folgende Krankheitsbilder aus:

- Erhebliche, auch durch Hilfsmittel (Brille, Hörgerät) nicht ausreichend korrigierbare Herabsetzung des Seh- und Hörvermögens,
- Stärkere Sprachauffälligkeiten
- Ansteckende Krankheiten
- Die körperliche Leistungsfähigkeit stärker beeinträchtigende Erkrankungen der Atemorgane (z.B. schweres Bronchialasthma) oder des Herzens (dekompensierte angeborene oder erworbene Herzfehler),
- Den Gebrauch der Extremitäten stark beeinträchtigende Verletzungsfolgen, Missbildungen und Lähmungen,
- Schwere, nicht medikamentös einstellbare zerebrale Anfallsleiden
- Psychosen (auch Defektzustände nach solchen) schwere Verhaltensauffälligkeiten und Neurosen,
- Rauschmittel-/Alkoholsucht und –abhängigkeit.
- oder weitere, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beschränkende Zustände.

Eine den üblichen Umfang überschreitende Untersuchung wird in aller Regel nicht angezeigt sein. Bei Verdacht einer Krankheit fällt die endgültige Abklärung in den Bereich der hausärztlichen Betreuung.

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist die/der Untersuchte
.....aus ärztlicher Sicht frei von Krankheiten und Behinderungen, die die
verantwortliche Tätigkeit als Sozialassistent*in erheblich beeinträchtigen würden und deshalb
gesundheitlich (psychisch und physisch) für den Beruf als Sozialassistent*in

- geeignet
- nicht geeignet

.....
(Ort, Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift des Arztes)