

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf der Sozialassistentin / des Sozialassistenten
zur Vorlage bei der Landrat-Gruber-Schule in Dieburg
für

Frau / Herrn

geb. am in

wohnhaft in

Vorinformation für die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt
und die Antragstellerin / den Antragsteller:

Dieses Zeugnis über die gesundheitliche Eignung ist Voraussetzung für die Aufnahme der Berufsausbildung zur Sozialassistentin / zum Sozialassistenten darf **NICHT ÄLTER ALS 2 MONATE VOR SCHULBEGINN SEIN.**

Die Sozialassistentin / der Sozialassistent kann unter Anleitung in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingesetzt werden.

Eine Eignung für diese (auch im Sinne der Aufsichtspflicht) verantwortliche Tätigkeit ist in der Regel insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern auszuschließen:

- Erhebliche, auch durch Hilfsmittel (Brille, Hörgerät) nicht ausreichend korrigierbare Herabsetzung des Seh- und Hörvermögens,
- stärkere Sprachstörungen,
- 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 oder Lähmungen,
- schwere, nicht medikamentös einstellbare zerebrale Anfallsleiden,
- Psychosen (auch Defektzustände nach solchen), schwere Verhaltensstörungen und Neurosen,
- Rauschmittel- / Alkoholsucht und -abhängigkeit.

Eine den üblichen Umfang überschreitende Untersuchung wird in der Regel nicht angezeigt sein.
Bei Verdacht einer Krankheit fällt die endgültige Abklärung in den Bereich der hausärztlichen Betreuung.
Die Kosten für die Ausstellung des Attests werden nicht von der Schule übernommen.

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

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

geeignet.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes)