

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf „Staatlich geprüfte/r Kinderpfleger/in“

für

Frau / Herrn

geb. am in

wohnhaf in

Vorinformation

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

Dieses Zeugnis über die gesundheitliche Eignung ist nach der Schulordnung für die Berufsfachschule für Kinderpflege die Voraussetzung für die Aufnahme der Berufsausbildung zur staatlich geprüften Kinderpflegerin / zum staatlich geprüften Kinderpfleger.

Die abgeschlossene Berufsausbildung berechtigt zur Tätigkeit als pädagogische Mitarbeiterin / als pädagogischer Mitarbeiter in sozialpädagogischen Einrichtungen zur Betreuung von Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern sowie von Behinderten. Die Eignung für diese (auch im Sinne der Aufsichtspflicht) verantwortliche Tätigkeit schließt insbesondere folgende Krankheitsbilder aus:

- erhebliche Störungen des Seh- und Hörvermögens, die nicht genügend korrigiert werden können (mit Brille bzw. Hörgerät)
- Sprachstörungen
- ansteckende Krankheiten
- die körperliche Leistungsfähigkeit stärker beeinträchtigende Erkrankungen der Atemorgane (bzw. schweres Bronchialasthma) oder des Herzens (angeborene oder erworbene Herzfehler)
- starke Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der Hände
- schwere, nicht medikamentös sicher einstellbare zerebrale Anfallsleiden
- Psychosen (auch Defektzustände nach solchen), Neurosen, schwere Verhaltensstörungen
- Rauschmittel-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit
- oder weitere, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beschränkende Zustände

Im Allgemeinen genügt die Untersuchung durch die Hausärztin / den Hausarzt. Gegebenenfalls ist eine darüber hinausgehende weitere fachärztliche Begutachtung erforderlich.

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist die / der Untersuchte aus ärztlicher Sicht physisch und psychisch für einen sozialpädagogischen Beruf

- geeignet
- bedingt geeignet*
- ungeeignet

*Bei bedingter Eignung Angaben über die Art der Einschränkung: _____

Stempel des Arztes

Datum

Unterschrift des Arztes