**Ärztliche Bescheinigung**

**Zur Vorlage für die Inge Katz Schule**

**im Rahmen des Ausbildungszulassungsverfahrens für den Beruf:**

**□** Sozialpädagogische/r Assistent/in

**□** Erzieher/in

**□** Kinderpfleger/in

Typische sozialpädagogische Einsatzfelder sind Kinderkrippen, Regelgruppen in Kindertagesstätten, Betreuung in Grundschulen/Ganztagesschulen, stationäre Angebote wie z.B. Heimerziehung in Wohngruppen mit unterschiedliche Schwerpunkten/Altersgruppen. Entsprechend ihres Ausbildungsstandes übernehmen sowohl Erzieher/Innen als auch Sozialpädagogische Assistent/Innen und Kinderpfleger/innen die Verantwortung für die selbständige Organisation von Spiel- und Entwicklungsangeboten sowie weitere Betreuungssituationen, die auch mit der Übernahme der Aufsichtspflicht im Zusammenhang stehen können.

Die Interessentin/ der Interessent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ist mir als Patient/ in bekannt, wurde heute von mir untersucht und ist gesund. 🞏

Die Patientin/ der Patient hat derzeit:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bitte abzeichnen: | | |
|  | JA | NEIN | |
| ansteckende Krankheiten\* |  |  | |
| Hinweise auf eine bestehende Suchterkrankung \* |  |  | |
| Akute / chronische Erkrankungen\* |  |  | |
| Psychische / psychiatrische Erkrankungen \* |  |  | |
| Krankheiten im Zusammenhang mit dem Auftreten von Anfallsleiden\*  (z.B. Epilepsie, Anfälle häufiger als 2x Jahr) |  |  | |

(\* die einer Tätigkeit oder Ausbildung im oben genannten Beruf entgegenstehen.)

Die Patientin/ der Patient hat einen Masern-Impfschutz oder einen ausreichenden Titer

**□** ja **□** nein

**Die Feststellung der gesundheitlichen Eignung bezieht sich hierbei auf alle Einsatzfelder der sozialpädagogischen Arbeit und kann derzeit uneingeschränkt attestiert werden.**

Anmerkungen:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ort, Datum Unterschrift des Arztes/ des Arztes, Praxisstempel