Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Arztzeugnis

Stempel der Ärztin / des Arztes

Datum: ……

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

Geburtsdatum: ..... ☐ **weiblich** / ☐ **männlich**

Adresse: .....

PLZ/Wohnort: .....

Telefonnummer: .....

Krankenkasse: ..... **AHV Nummer:** ……

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

Sind Sie die Hausärztin/der Hausarzt der betreffenden Person? .....

Wenn ja, seit wann? .....

Anamnese

a) Persönliche Anamnese

Operationen: .....

Spital- oder Kuraufenthalte: .....

Unfälle: .....

Übertragbare Krankheiten (Tb, Hepatitis etc.): .....

Allergien: ..... abgeklärt? ..... desensibilisiert? .....

Asthma: .....

Rheumatische Erkrankungen: .....

Rückenprobleme: .....

Hernien: .....

Kopfschmerzen, Migräne: .....

Menstruations-Störungen: .....

Essstörungen: .....

Psychische Störungen: .....

Sucht/Abhängigkeit/Nikotin: .....

Sonstige Krankheiten: .....

Aktuelle Beschwerden: .....

Medikamente: .....

b) Familiäre Anamnese

Erkrankungen in der Familie: .....

Status

Grösse: ..... Gewicht: .....

Sinnesorgane:	Sehschärfe	re		li .....
	Brillenträger/in	ja ☐		nein ☐
	Gehör, Flüstersprache	re	Meter /	li ..... Meter
Thorax:	Herz	.....		
	Blutdruck	.....	Pulsfrequenz	.....
	Lunge	.....		
Abdomen:		.....		
Wirbelsäule:		.....		
Extremitäten:		.....		
Füsse/Hände:		.....		
Haut:		.....		
Mundhöhle:		.....		

Durchgeführte Schutzimpfungen

(siehe „Checkliste Impfstatus für die Hausärztin / den Hausarzt“)

- Sind alle Impfungen komplett und der Anti Hbs Titer > 100E/l?
- Bitte Kopie Laborresultat beilegen (Hepatitis B-Titer)?
- **Bitte Checkliste beilegen und Impfausweis aktualisieren**!

Bestehen aufgrund Ihrer Untersuchungsergebnisse Bedenken betreffend der Ausübung des von der Kandidatin/des Kandidaten angestrebten Gesundheitsberufes?

- körperlich: .....
- psychisch: .....

Ergänzende Bemerkungen:

.....

.....

.....

Ihre Untersuchung gilt als Eintrittsuntersuchung. Das ärztliche Zeugnis bleibt beim Personalärztlichen Dienst des Kantonsspital Winterthur.

Datum: ..... Unterschrift: .....

□ Beilage „Checkliste Impfstatus für die Hausärztin / den Hausarzt“