



# 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“