

## ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt

Die Person, welche Ihnen das Schreiben vorlegt, interessiert sich für eine Ausbildung an der **Höheren Fachschule EMERGENCY Schulungszentrum AG Zofingen (EMERGENCY)** für Rettungssanitäter. Eine Zulassungsbedingung ist eine ärztliche Bescheinigung über den psychischen und physischen Gesundheitszustand. Ihre Untersuchung gilt als Eintrittsuntersuchung. Die zukünftigen Studierenden sind angehalten, den empfohlenen Impfschutz vor Studienbeginn zu vervollständigen.

**Ärztliches Zeugnis (S. 1– 4):** Diese Seiten bleiben bei Ihnen.

**Ergebnis der ärztlichen Untersuchung (S. 5):** Diese von Ihnen ausgefüllte und unterschriebene Seite sendet die Bewerberin/der Bewerber direkt an die EMERGENCY Zofingen.

**Impfstatus (S. 6):** Diese Seite füllt die Bewerberin/der Bewerber aus und reicht sie zusammen mit S. 5, Ergebnis der ärztlichen Untersuchung, an die EMERGENCY ein.

## PERSONALIEN

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Anstellungsbetrieb (falls bereits bekannt)

Ist Ihnen die/der Untersuchte bekannt?

ja      nein

Sind Sie die Hausärztin, der Hausarzt?

ja, seit \_\_\_\_\_ nein

## ANAMNESE

Bestehen aktuelle Beschwerden? Steht die Kandidatin, der Kandidat z. Zt. in ärztlicher Behandlung und weshalb?

Frühere schwere Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Hospitalisationen

Folgezustände?

**Stand die Kandidatin, der Kandidat wegen einer der nachstehend erwähnten Krankheiten in Behandlung?**

|                              | Diagnose | Jahr  |
|------------------------------|----------|-------|
| Rückenleiden                 | _____    | _____ |
| Gelenkserkrankungen          | _____    | _____ |
| Allergien/Asthma             | _____    | _____ |
| Hauterkrankung, insb. Ekzeme | _____    | _____ |
| HIV-Infektion/Tbc/HepB/HepC  | _____    | _____ |
| Psychische Erkrankungen      | _____    | _____ |

**Bestehen Anhaltspunkte für Drogen-/Medikamenten-/Alkoholabusus?**

Nikotin                      nein              ja, wie viel: \_\_\_\_\_

Regelmässige Medikation      nein              ja, welche: \_\_\_\_\_

**Andere spezielle Erkrankungen, relevante Diagnosen?**

**Ist die Bewerberin, der Bewerber diesbezüglich in ärztlicher Kontrolle?**

**Gynäkologische Affektionen, Schwangerschaft?**

## STATUS

Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

Visus re \_\_\_\_\_ Visus li \_\_\_\_\_ Gesichtsfeld (Finger) \_\_\_\_\_

Gehör, Flüstersprache      re \_\_\_\_\_ m              li \_\_\_\_\_ m

Haut \_\_\_\_\_

Mund/Zähne \_\_\_\_\_

Lymphknoten \_\_\_\_\_

Schilddrüse \_\_\_\_\_

Lungen \_\_\_\_\_

Herz \_\_\_\_\_ Blutdruck \_\_\_\_\_ Puls \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

Skelett:

Wirbelsäule/Rücken \_\_\_\_\_

Gelenke \_\_\_\_\_

Fussdeformitäten \_\_\_\_\_

Nervensystem \_\_\_\_\_

Labor/Datum \_\_\_\_\_

Hämoglobin \_\_\_\_\_ Leukozyten \_\_\_\_\_ Blutzucker \_\_\_\_\_

Quantiferontest \_\_\_\_\_

Urinstatus \_\_\_\_\_

Thorax/Schirmbild (für Schuleintritt nicht nötig, nur falls aus anderer Indikation) Datum

Befund \_\_\_\_\_

## IMPFUNGEN gemäss BAG-Empfehlungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen

- **Poliomyelitis**  
Basisimpfungen; bei Reisen in Endemiegebiet: Auffrischung alle 10 Jahre empfohlen.
- **Diphtherie/Tetanus**  
Basisimpfungen; Auffrischung alle 20 Jahre empfohlen.
- **Pertussis**  
Basisimpfungen; Auffrischung alle 10 Jahre  
Schwerpunkt KJFF: Impfung nicht älter als 5 Jahre.
- **Masern/Mumps/Röteln**  
Alle Beschäftigten im Gesundheitswesen (BiG): 2 Dosen. Bei 2 x Geimpften ist keine Antikörperkontrolle empfohlen.
- **Hepatitis B** (2 resp. 3 Impfungen je nach Alter)  
Titerkontrolle \_\_\_\_\_ IU/l (bitte auch im Impfausweis eintragen)  
Empfehlung zur Hepatitis-B-Impfung: Wenn einmal eine Titer Hepatitis Bs AK > 100 IU/l erreicht ist, ist weder eine Impfauffrischung noch eine weitere AK-Bestimmung nötig.
- **Hepatitis A**  
Für Beschäftigte im Labor, auf der Kinderklinik und Gastroenterologie empfohlen.
- **Varizellen**  
durchgemacht  
VZV-IgG (falls Krankheit nicht sicher erinnert wird): \_\_\_\_\_  
Impfung (2 Dosen): \_\_\_\_\_  
VZG-IgG-Kontrolle nach Impfung: \_\_\_\_\_

Diese Seite bleibt bei  
der Ärztin / beim Arzt

**Ist die Kandidatin, der Kandidat körperlich/psychisch für den vorgesehenen Beruf im  
Gesundheits- und Sozialwesen geeignet?**

---

**Ort und Datum**

**Unterschrift, Stempel Arzt/Ärztin**

Diese Seite ist Teil des  
Aufnahmeverfahrens und  
an die ESZ einzureichen.

## ERGEBNIS DER ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG UND BESTÄTIGUNG IMPFSTATUS

Die/der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

aus medizinischer Sicht für den Beruf als

Rettungssanitäter HF

geeignet und gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Hepatitis B (und Hepatitis A) gemäss offiziellem Impfplan des BAG ausreichend geimpft ist.

Der Quantiferontest ist negativ.

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift, Stempel Arzt/Ärztin

Besten Dank für Ihre Bemühungen und freundliche Grüsse  
Emergency Schulungszentrum AG Zofingen

Diese Seite ist Teil des Aufnahmeverfahren  
und zusammen mit dem "Ergebnis der  
ärztlichen Untersuchung" an die ESZ  
einzureichen.

# IMPFSTATUS

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Wichtige Hinweise zu den Impfungen – bitte vor Studienbeginn lesen!

Die Arbeit in Kliniken ist mit dem Risiko verbunden, mit ansteckenden Krankheiten in Kontakt zu kommen oder infolge eines ungenügenden Impfschutzes Patientinnen oder Patienten zu gefährden.

Überprüfen Sie deshalb bitte Ihren **Impfstatus vor Studienbeginn**. Aus Gründen des Patienten- und Arbeitnehmerschutzes müssen die Impfungen vor Ausbildungsbeginn – sicher aber vor der praktischen Tätigkeit – komplett sein. Zukünftige Studierende sind aufgefordert, die erforderlichen Impfungen bei ihrem hausärztlichen Dienst durchführen zu lassen.

Impfempfehlungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen BAG (Auffrischimpfungen):

<https://goo.gl/eB7t5L> ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch))

### Impfungen

### Impfstatus mit Datum

#### Hepatitis-B-Impfung

Einen Monat später  
Sechs Monate nach 1. Impfung  
Einen Monat nach 3. Impfung  
2 resp. 3 Impfungen je nach Alter

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Titer: \_\_\_\_\_ IU/l

Empfehlung zur Hepatitis-B-Impfung: Wenn einmal eine Titer Hepatitis Bs AK > 100 IU/l erreicht ist, ist weder eine Impfauffrischung noch eine weitere AK-Bestimmung nötig.

#### Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Falls Grundimmunisierung vorhanden, nur noch bei Reisen in Entwicklungsländer. Auffrischung alle 10 Jahre empfohlen.

letzte Impfung: \_\_\_\_\_

#### Diphtherie/Tetanus

alle 20 Jahre

letzte Impfung: \_\_\_\_\_

#### Pertussis

alle 10 Jahre  
Schwerpunkt KJFF: Impfung nicht älter als 5 Jahre

letzte Impfung: \_\_\_\_\_

#### QuantiFERON-TB-Gold-Test (Tuberkulose)

nicht älter als 2 Jahre

IU/ml: \_\_\_\_\_

Mitogen: \_\_\_\_\_

infiziert:    ja        nein

#### Kinderkrankheiten: Masern, Mumps, Röteln und Varizellen

durchgemacht, zweimal geimpft oder Überprüfung mit Antikörpertest

MMR: \_\_\_\_\_

Varizellen durchgemacht:    ja        nein

Ort und Datum

Unterschrift der studierenden Person

(Die unterzeichnende Person übernimmt die Verantwortung für den empfohlenen Impfschutz)