

Arztzeugnis

Stempel der Ärztin / des Arztes

Datum:
 Name: Vorname:
 Geburtsdatum: ☐ weiblich / ☐ männlich
 Adresse: Mail-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, Flüsterversprache 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“