

## Gesundheitsblatt

für die Aufnahme in die **Schule für Sozialbetreuungsberufe**  
Ausbildung zur **Fach-SozialbetreuerIn**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Frühere Erkrankungen und Operationen:

Jahresangabe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unfälle / Sportverletzungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte:  
(zuletzt, weswegen?)

Ja

nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stehen Sie dzt. in ärztlicher  
Behandlung?  
(wenn ja, weshalb?)

Ja

nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein?  
(wenn ja, welche?)

Ja

nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Bildungszentrum Nord

der Caritas der Diözese Graz-Seckau  
 Technologiepark 2  
 8786 Rottenmann  
 T 03614/2312  
 F 03614/2312-17  
 E [bnz@caritas-steiermark.at](mailto:bnz@caritas-steiermark.at)  
 I [www.bildungszentrumnord.at](http://www.bildungszentrumnord.at)

## Frühere oder bestehende Erkrankungen bzw. Beschwerden:

	nähere Bezeichnung	Jahresangabe:
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	_____	_____
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nerven/Psyché	_____	_____
<input type="checkbox"/> Herz	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutdruck	_____	_____
<input type="checkbox"/> (Hypertonie, Hypotonie)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lunge (z.B. Asthma)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magen/Darmtrakt	_____	_____
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gelenke	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> (z.B. Stottern)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gehör (z.B. Schwerhörigkeit)	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Hörgerät re.	<input type="checkbox"/> Hörgerät li.
<input type="checkbox"/> Augen	_____	_____
Brille oder Kontaktlinsen		
	Stärke: Dioptrien re.	Dioptrien li.
<input type="checkbox"/> weitsichtig	<input type="checkbox"/> kurzsichtig	<input type="checkbox"/> astigmatisch
<input type="checkbox"/> Allergien, welche	_____	_____
<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:	_____	_____
	_____	_____

Ich versichere, alle angeführten Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/der Bewerbers/in

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten