

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

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/Psychie	_____	_____
<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