

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf „Staatlich anerkannter/e Erzieher/in“

Zur Vorlage bei der Berufsfachschule für Kinderpflege  
Schützenstraße 30, 93309 Kelheim, Tel. 09441/ 29760

Frau/Herrn .....

geb. am ..... in .....

wohnhaft in .....

## Vorinformation

Für die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt und die Untersuchte/den Untersuchten:

Dieses Zeugnis über die gesundheitliche Eignung ist nach der Schulordnung für die Berufsfachschule für Kinderpflege die Voraussetzung für die Aufnahme der Berufsausbildung zur staatlich geprüften Kinderpflegerin / zum staatlich geprüften Kinderpfleger.

Die abgeschlossene Berufsausbildung berechtigt zur Tätigkeit als pädagogische Mitarbeiterin / pädagogischer Mitarbeiter in sozialpädagogischen Einrichtungen zur Betreuung von Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern sowie von Behinderten. Die Eignung für diese (auch im Sinne der Aufsichtspflicht) verantwortliche Tätigkeit schließt insbesondere folgende Krankheitsbilder aus:

- erhebliche Störungen des Seh- und Hörvermögens, die nicht genügend korrigiert werden können
- Sprachstörungen
- ansteckende Krankheiten
- die körperliche Leistungsfähigkeit stärker beeinträchtigende Erkrankungen der Atemorgane (z.B. schweres Bronchialasthma) oder des Herzens (angeborene oder erworbene Herzfehler)
- starke Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der Hände
- schwere, nicht medikamentös sicher einstellbare zerebrale Anfallsleiden
- Psychosen (auch Defektzustände nach solchen), Neurosen, schwere Verhaltensstörungen
- Rauschmittel-, Medikamenten-, und Alkoholabhängigkeit
- oder weitere, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beschränkende Zustände

Im Allgemeinen genügt die Untersuchung durch die Hausärztin / den Hausarzt.

Gegeben falls ist eine darüber hinausgehende weitere fachärztliche Begutachtung erforderlich.

## Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist die/der Untersuchte aus ärztlicher Sicht physisch und psychisch für einen sozialpädagogischen Beruf

geeignet

nicht geeignet

.....  
Stempel

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes