

# Ärztliche Bescheinigung

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf „Ergotherapeut (w/m/d)“

für Frau/Herr/Divers \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Hiermit wird bescheinigt, dass bei der o.g. Person zum aktuellen Zeitpunkt

- aus ärztlicher Sicht keine Einschränkungen vorliegen und Sie nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Berufsausbildung bzw. Ausübung des Berufes unfähig oder ungeeignet ist.

Eine Eignung für diese verantwortungsvolle Tätigkeit schließt insbesondere folgende Krankheitsbilder aus:

- Ansteckende Krankheiten,
- Die körperliche Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigende Erkrankungen oder Behinderungen,
- Starke Beeinträchtigungen des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der Hände und Beine,
- Schwere, nicht medikamentös einstellbare zerebrale Anfallsleiden,
- Psychosen, Neurosen oder Verhaltensstörungen,
- Sucht bzw. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten,
- Akute Essstörungen,
- Erhebliche Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens, welche auch durch Hilfsmittel (Brille, Hörgeräte) nicht ausreichend ausgeglichen werden können.

- Einschränkungen vorliegen, die die Berufsausbildung bzw. Ausübung des Berufes in Frage stellen.

---

Ab 01.03.2020 ist gemäß § 20 Masernschutzgesetz für alle ab dem 01.01.1971 Geborenen ein sicherer Nachweis eines Impfschutzes (zwei dokumentierte Impfungen) oder ein ärztliches Zeugnis über das Vorliegen einer Masernimmunität (Serologie Masern IgG) oder ein ärztliches Zeugnis darüber, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation eine Impfung nicht möglich ist, zwingende Voraussetzung für die Aufnahme einer jeglichen Tätigkeit in Einrichtungen gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz, z.B. Krankenhäuser.

**Masern/Mumps/Röteln (MMR):** mind. 2 Impfungen

Ja

Nein

1. Impfdatum: \_\_\_\_\_ 2. Impfdatum: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Stempel der Arztpraxis

**Folgender Immunitäts- oder Serostatus ist zusätzlich dokumentiert:**

**Tetanus, Diphtherie:** mind. 3 Impfungen, letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja, letzte Impfung am: \_\_\_\_\_  Nein

**Keuchhusten (Pertussis):** letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre

Ja, letzte Impfung am: \_\_\_\_\_  Nein

**Polio:** mind. 4 Impfungen, letzte nach dem 8. Lebensjahr

Ja, letzte Impfung am: \_\_\_\_\_  Nein

**Varizellen:** mind. 2 Impfungen oder nachgewiesene durchgemachte Windpocken-Erkrankung

Ja, letzte Impfung am: \_\_\_\_\_  Nein

Ja, Erkrankung durchlebt

**Hepatitis B:** mind. 3 Impfungen

Ja  Nein

1. Impfdatum: \_\_\_\_\_ 2. Impfdatum: \_\_\_\_\_ 3. Impfdatum: \_\_\_\_\_

**Hepatitis A:** 2 Impfungen im Abstand von 6 Monaten

Ja  Nein

1. Impfdatum: \_\_\_\_\_ 2. Impfdatum: \_\_\_\_\_ 3. Impfdatum: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Stempel der Arztpraxis