

Telefon-Durchwahl
Tel.: +49 991 3615-423

E-Mail
johanna.aschenbrenner@th-deg.de

Gesundheitliche Eignung zur Ausübung eines Berufes im Gesundheitswesen

Sehr geehrte Haus-/Ärzt:innen,

gemäß den Regelungen zur Ausbildung und Studium der Berufsbilder

Pflegefachfrau:mann (B.Sc./BScN) & Physician Assistant / Medizinische Versorgung (B.Sc.)

ist die gesundheitliche Eignung zur Ausübung dieser Berufe Voraussetzung für die Zulassung zum Studium.

Bitte bestätigen Sie der:m Bewerber:in diese Eignung im nachfolgenden Formular. Ebenso bitten wir um umfassende Beratung, sofern bereits gesundheitliche Risiken oder Vorbelastungen bestehen, welche die Ausübung des Berufes gegebenenfalls gefährden könnten.

Vielen Dank bereits im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Johanna Aschenbrenner

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr/Divers _____ , geboren am _____ und

wohnhaf in _____ / _____

ist für die gewünschte Ausbildung und das Studium

zum:r akademisch qualifizierten Pflegefachfrau:männ B.Sc. in Pflege (BScN) und die damit einhergehenden erweiterten Tätigkeiten und Verantwortungsbereiche nach § 37 des Pflegeberufgesetzes (zusätzliche Kompetenzen und Ausbildungsziele durch die hochschulische Pflegeausbildung)

zum:r Physician Assistant / Medizinische Versorgung B.Sc.

gesundheitlich geeignet

gesundheitlich nicht geeignet

Ort

Datum

Praxisstempel und Unterschrift des:r Ärzt:in