

AFK Ausbildungszentrum
Gottfriedstraße 11
52062 Aachen



Fragebogen
zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung

Vorderseite ist von dem/r Bewerber/in auszufüllen
Rückseite ist von dem/der Arzt/Ärztin auszufüllen

Personaldaten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Personenstand: ledig verheiratet Staatsangehörigkeit: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Sind Ihnen Krankheiten bekannt oder waren Sie bereits deswegen in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung, welche die Ausübung des Berufes erschweren können? (z.B. Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, Hauterkrankungen, Allergien etc.). nein ja, folgende

Haben Sie einen Unfall erlitten oder eine Krankheit aufzuweisen, wodurch die Belastbarkeit beeinträchtigt ist? nein ja

Welche Folgen im Hinblick auf die Belastbarkeit sind noch vorhanden?

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Untersuchungsbefund durch den/die Arzt/Ärztin

Klagt der/die Bewerber/in über wiederkehrende Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskel- oder Sehnenbeschwerden?

nein

ja

folgendes: _____

Ist die Funktionstüchtigkeit der Hände gegeben?

nein

ja

folgendes: _____

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

nein

ja

folgendes: _____

Steht/stand in jüngerer Vergangenheit der/die Bewerber/in in orthopädischer Behandlung?

nein

ja

folgendes: _____

Sind Allergien/Hautreaktionen (auf Desinfektionsmittel, Seifen, Öle etc.) bekannt?

nein

ja

folgendes: _____

Verfügt der/die Untersuchte über farbrichtiges Sehvermögen?

nein

ja

Bestehen Anzeichen für Sucht, Abhängigkeit oder psychische Erkrankung?

nein

ja

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten?

nein

ja

Bemerkungen:

Beurteilung: Der/die Untersuchte ist für den Beruf des/der _____

uneingeschränkt geeignet

bedingt geeignet

ungeeignet

Ich habe von der Selbstauskunft des/der Bewerbers/in Kenntnis erhalten.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes / der Ärztin