



# Präha ZENwellness & beauty academy

40547 Düsseldorf, Emanuel-Leutze-Straße 8  
Tel. 0211 / 52 02 45 50, Fax 02 11 / 52 02 45 11  
Internet: [www.zen-beauty.praeha.de](http://www.zen-beauty.praeha.de) E-Mail: [zen-beauty@praeha.de](mailto:zen-beauty@praeha.de)

## Fragebogen

zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung  
zum/r Spa- und Wellnesskosmetiker/in

**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: \_\_\_\_\_

nein  ja, folgende

Leiden Sie an Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, Hauterkrankungen, Allergien, etc. oder waren Sie bereits deswegen in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Unfall erlitten oder eine Krankheit aufzuweisen?

nein  ja

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Folgen sind im Hinblick auf die Belastbarkeit noch vorhanden?

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerber/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Vorname, Name: .....

**Untersuchungsbefund durch den/die Arzt/Ärztin**

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

 nein ja

folgendes: \_\_\_\_\_

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

 nein ja

folgendes: \_\_\_\_\_

Ist die Funktionstüchtigkeit der Hände gegeben?

 nein ja

folgendes: \_\_\_\_\_

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

 nein ja

folgendes: \_\_\_\_\_

Sind Allergien/Unverträglichkeitsreaktionen der Haut 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 Spa- und Wellnesskosmetikers/in uneingeschränkt geeignet bedingt geeignet ungeeignet

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes / der Ärztin