



Formular
Ärztlicher Fragebogen

Präha Akademie

Fragebogen

zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung

Vorderseite ist von dem/r Bewerber/in, 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 als Tanzpädagoge/in erschweren könnten? (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

Vorname, Name(n): _____

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 Tanzpädagogen/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