



# Weber-Schule

Mitglied der Präha Gruppe

Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf

Telefon 02 11 / 52 02 45 0, Telefax 02 11 / 52 02 45 10

E-Mail: [weber-schule@praeha.de](mailto:weber-schule@praeha.de), Internet: [www.weber-schule.de](http://www.weber-schule.de)

## 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 Motopädin 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 zum/zur Motopäden/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