



Präha Lehrinstitut für Ergotherapie

Mitglied der Präha Gruppe

Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 02 45 50, Fax 0211 / 52 02 45 11
E-Mail: ergotherapie@praeha.de

Fragebogen zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung

Vorderseite ist vom/n Bewerber/in auszufüllen!
Rückseite ist von dem/der Arzt/Ärztin auszufüllen!

Personaldaten

Name(n):

Vorname(n):

Geburtsdaten:

Adresse:

.....

Sind Ihnen Krankheiten bekannt oder waren Sie bereits deswegen in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung, welche die Ausübung des Berufes als Ergotherapeut/in erschweren können? (z.B. Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, pulmonale oder cardiale Beschwerden, Sehbeeinträchtigung u.a.)

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

Vorname, Name(n):

Untersuchungsbefund durch Arzt/Ärztin

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

nein

ja

folgendes:

.....

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

nein

ja

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

folgendes:

.....

Sind allergische Reaktionen auf Desinfektionsmittel, Seifen, Öle oder sonstige Hautempfindlichkeiten bekannt?

nein

ja

Besteht ein Anhalt für eine Sucht oder Abhängigkeit?

nein

ja

Besteht / Bestand eine psychische Erkrankung?

nein

ja

Wenn ja, welche:

.....

.....

Besteht ein Anhalt für ein Anfallsleiden?

nein

ja

Besteht eine Sehbeeinträchtigung?

nein

ja

Bemerkungen:

.....

.....

Beurteilung: Der/die Untersuchte ist für den Beruf als Ergotherapeut/in

uneingeschränkt geeignet

bedingt geeignet

ungeeignet

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

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift Arzt/Ärztin