

**ZAG**

Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen

Arztzeugnis

Stempel der Ärztin/des Arztes

Datum:
Name: Vorname:
Geburtsdatum:
Geschlecht: ☐ weiblich / ☐ männlich
Adresse: Mail-Adresse:
PLZ/Wohnort:
Telefonnummer:
Krankenkasse: AHV Nummer:

Ist Ihnen die/der Untersuchte persönlich bekannt?
Sind Sie die Hausärztin/der Hausarzt der betreffenden Person?
Wenn ja, seit wann?

Anamnese

a) Persönliche Anamnese

Operationen:
Spital- oder Kuraufenthalte:
Unfälle:
Übertragbare Krankheiten (Tb, Hepatitis etc.):
Allergien: abgeklärt? desensibilisiert?
Asthma bronchiale:
Rheumatologische Erkrankungen:
Rückenprobleme:
Hernien:
Kopfschmerzen, Migräne:
Menstruations-Störungen:
Essstörungen:
Psychische Störungen:
Sucht/Abhängigkeit/Nikotin:
Sonstige Krankheiten:
Aktuelle Beschwerden:



Medikamente:

b) Familiäre Anamnese

Gehäufte Erkrankungen in der Familie:

Status

Grösse: Gewicht:

Sinnesorgane: Sehschärfe re..... li.....

Brillenträgerin/Brillenträger ja ☐ nein ☐

Gehör, Flüstersprache re..... Meter li..... Meter

Thorax: Herz

Blutdruck Pulsfrequenz

Lunge

Abdomen:

Wirbelsäule:

Extremitäten:

Füsse/Hände:

Haut:

Mundhöhle:

Durchgeführte Schutzimpfungen

(siehe „Checkliste Impfstatus“)

- ▶ Sind alle Impfungen komplett und der Anti Hbs Titer > 100 IU/L?
- ▶ Bitte Kopie Laborresultat beilegen (Hepatitis B-Titer)
- ▶ **Bitte Checkliste beilegen und Impfausweis aktualisieren!**

Bestehen aufgrund Ihrer Untersuchungsergebnisse Bedenken betreffend der Ausübung des angestrebten Gesundheitsberufes?

- körperlich:
- psychisch:

Ergänzende Bemerkungen:

.....
.....
.....

Ihre Untersuchung gilt als Eintrittsuntersuchung. Das ärztliche Zeugnis bleibt beim Personalärztlichen Dienst des Kantonsspitals Winterthur.

Datum: Unterschrift:

☐ Beilage „Checkliste Impfstatus“