

Gesundheitszeugnis

über die gesundheitliche Eignung für die Tätigkeit in der Kindertagespflege

Frau/Herrn.....

geb. am

wohnhaft in.....

Information für die untersuchende Ärztin, den untersuchenden Arzt und die Untersuchte, den Untersuchten:

Diese Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung ist Voraussetzung für die Aufnahme der Tätigkeit als Tagespflegeperson.

Die Tagespflegeperson wird für die Tätigkeit mit Kindern, Jugendlichen im sozialpädagogischen Bereich eingesetzt/ausgebildet/vorbereitet.

Die Eignung für diese (auch im Sinne der Aufsichtspflicht) verantwortliche Tätigkeit schließen in der Regel insbesondere folgende Krankheiten aus:

- Erhebliche auch durch Hilfsmittel (Brille, Hörgerät) nicht ausreichend korrigierbare Herabsetzung des Seh- und Hörvermögens,
- Stärkere Sprachauffälligkeiten
- Ansteckende Krankheiten
- Die körperliche Leistungsfähigkeit stärker beeinträchtigende Erkrankungen der Atemorgane (z. B. schweres Bronchialasthma) oder des Herzens (dekompensierte angeborene oder erworbene Herzfehler)
- Den Gebrauch von Extremitäten stark beeinträchtigende Verletzungsfolgen, Missbildungen und Lähmungen,
- Schwere, nicht medikamentös einstellbare zerebrale Anfallsleiden
- Psychosen (auch Defektzustände nach solchen) schwere Verhaltensauffälligkeiten und Neurosen,
- Rauschmittel-/Alkoholsucht und –abhängigkeit.
- Oder weitere, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beschränkende Zustände.

Eine den üblichen Umfang überschreitende Untersuchung wird in aller Regel nicht angezeigt sein. Bei Verdacht einer Krankheit fällt die endgültige Abklärung in den Bereich der hausärztlichen Betreuung.

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist

aus ärztlicher Sicht frei von Krankheiten und Behinderungen, die die verantwortliche Tätigkeit als Tagespflegeperson erheblich beeinträchtigen würden und die der/die Untersuchte ist gesundheitlich (psychisch und physisch) für die Tätigkeit als Tagespflegeperson

Geeignet nicht geeignet

Des Weiteren bestätige ich hiermit, dass der/die Untersuchte eine Masernschutzimpfung erhalten hat oder Immunität besitzt.

Ja Nein

.....
(Ort, Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift des Arztes)