

ÄRZTLICHES ATTEST TEIL 1

VOM TEILNEHMER AUSZUFÜLLEN

TEILNEHMER/IN

Name/Vorname _____

Sozialversicherungsnummer _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Tel _____ Email _____

SELBSTAUSKUNFT

Sind Ihnen Krankheiten bekannt oder waren Sie bereits in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung, welche die Ausübung des Berufes erschweren können? (z.B. Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, Hauterkrankungen, Allergien, etc.).

nein

ja

folgendes: _____

Haben Sie einen Unfall oder eine Krankheit erlitten, die Ihre körperliche oder geistige Belastbarkeit beeinträchtigt?

nein

ja

folgendes: _____

Ich versichere hiermit, dass alle vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Falsche Angaben und damit verbundene gesundheitliche Beschwerden entbinden mich nicht von der Zahlungsverpflichtung der kompletten Ausbildungsgebühren.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Teilnehmer/in

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

ÄRZTLICHES ATTEST TEIL 2

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

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

nein

ja

folgendes: _____

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

nein

ja

folgendes: _____

Steht/stand der/die Untersuchte in orthopädischer Behandlung?

nein

ja

folgendes: _____

Sind Allergien/Hautreaktionen (auf Desinfektionsmittel, Seifen, Öle, etc.) bekannt?

nein

ja

folgendes: _____

Bestehen Anzeichen für Sucht, Abhängigkeit oder psychische Erkrankung?

nein

ja

folgendes: _____

Ist der/die Untersuchte frei von ansteckenden Krankheiten?

ja

nein

folgendes: _____

Ist die Funktionstüchtigkeit der Hände gegeben?

ja

nein

folgendes: _____

Verfügt der/die Untersuchte über farbrichtiges Sehvermögen?

ja

nein

folgendes: _____

Bemerkungen: _____

BEURTEILUNG

Der/die Untersuchte ist für den Beruf der

Kosmetik

Fußpflege

Visagistik

uneingeschränkt geeignet

bedingt geeignet

ungeeignet

Ich habe umseitige Selbsauskunft des Untersuchten zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben.