



CAMPUS GESUNDHEIT REUTTE

Aufnahmeunterlagen

Bestätigung gesundheitliche Eignung

Name Bewerber*in

Sozialversicherungsnummer

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die angegebenen medizinischen Daten an den Campus Gesundheit Reutte weitergegeben werden dürfen.

Unterschrift:

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

für die Aufnahme in die Pflegeschule am Campus Gesundheit Reutte in die unten genannte Ausbildung

- Pflegefachassistenz (lt. PA-PFA-AV § 11(2)2.)
- Pflegeassistenz (lt. PA-PFA-AV § 10(2)2.)
- Heimhilfe (lt. TSBBG § 14)

benötigt die /der Bewerber*in für die oben angefügte Ausbildung lt. Ausbildungsverordnung eine ärztliche Bestätigung, welche die zur Berufsausübung erforderliche gesundheitliche Eignung nachweist.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Dir. Peter Mittermayr, MSc

Vom Arzt / der Ärztin auszufüllen.

Der / Die Bewerber*in hat die zur Berufsausübung der

- Pflegefachassistenz
- Pflegeassistenz
- Heimhilfe

erforderliche gesundheitliche Eignung.

Ja Nein

Datum

Unterschrift und Stempel