

**An den/die untenstehenden Arzt/Ärztin:**

Frau/Herr..... geb. am .....

möchte an unserer Schule im Rahmen einer Anerkennung/Nostrifikation eine **Ergänzungsausbildung/-prüfung zur Pflegeassistenz/Pflegefachassistenz** absolvieren.

**Die Aufnahme ist gesetzlich geregelt:**

**§ 10 (Abs.2) [Z 2] PA-PFA-AV**

**(2) Die Aufnahmewerber/innen haben:**

1. ....
2. **die zur Berufsausübung erforderliche gesundheitliche Eignung**
3. ....
4. ....

**nachzuweisen.**

1) Unter „**gesundheitlicher Eignung**“ ist die erforderliche physische Fähigkeit zu verstehen, die Pflegeassistenz entsprechend den beruflichen Anforderungen fachgerecht ausüben zu können.

Dies betrifft insbesondere:

- Erkrankungen des Stütz- u. Bewegungsapparates
- Erkrankung des Herz/Kreislaufsystems
- Erkrankung der Sinnesorgane (Augen, Ohren)
- Ansteckende Erkrankungen

2) Die „**gesundheitliche Eignung**“ umfasst neben der physischen Gesundheit auch eine grundsätzlich psychische Stabilität sowie die Fähigkeit, entsprechende Strategien zur körperlichen Bewältigung der psychischen Anforderungen des Berufes, insbesondere im Umgang mit Patient/innen bzw. im inter- und multidisziplinären Strukturen, entwickeln und Sorge für die eigene Psychohygiene tragen zu können.

**Die erforderliche gesundheitliche Eignung ist gegeben.**

**Die erforderliche gesundheitliche Eignung ist nicht gegeben.**

**Anmerkungen:** .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift u. Stampiglie