

**A. ö. BEZIRKSKRANKENHAUS Kufstein**  
**Pflege Campus Kufstein**

6330 Kufstein, Endach 27a  
Tel.05372 / 6966 / 1400,1401  
E-Mail: office@pflegecampus-kufstein.at



**Bestätigung über die gesundheitliche Eignung**

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!  
Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber!

Für die Aufnahme in eine Pflegeausbildung ist gesetzlich ein Nachweis zur Erfüllung der Berufspflichten erforderlichen gesundheitlichen Eignung zu erbringen (PA-PFA- AV § 10(2); § 11 (2) und GuKG § 54). Detaillierte Ausführungen zur Prüfung der gesundheitlichen Eignung finden Sie unter <https://www.sozialministerium.at> - Gesundheitsberuferegister – Anlage 5: Prüfung der gesundheitlichen Eignung (PDF)

Die Bewerberin/der Bewerber wird gebeten, die Bestätigung über die gesundheitliche Eignung fristgerecht beizubringen. Das **Impfblatt** ist direkt an den Betriebsärztlichen Dienst (Emailadresse siehe Dokument „Infektionsschutz-Anforderung“) mit den erforderlichen Beilagen ebenso fristgerecht zu übermitteln.

**Von der/dem Bewerber/in auszufüllen:**

Nachname	Vorname	Titel	SV-Nr.	Geburtsdatum

**Von der Ärztin/dem Arzt bitte zu bestätigen:**

**Bestätigung**

Die Bewerberin/der Bewerber bringt die erforderliche gesundheitliche Eignung (lt. Anlage 5, Ministerium für Gesundheit und Frauen) mit, um im oben ausgewählten Gesundheitsberuf zu arbeiten.

ja       nein

Datum:

Stempel der Ärztin/des Arztes

.....  
**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**