

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

6330 Kufstein, Endach 27a  
Tel.05372 / 6966 / 1400,1401  
E-Mail: office@pflegecampus.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 Anlage 5, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

[https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/8/9/CH4049/CMS1539326942787/gesundheitsliche\\_eignung.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/8/9/CH4049/CMS1539326942787/gesundheitsliche_eignung.pdf) oder als QR Code:



Die Bewerberin/der Bewerber wird gebeten, die Bestätigung über die gesundheitliche Eignung mit den ausständigen Unterlagen **sowie dem ausgefüllten Impfblatt** fristgerecht beizubringen.

**Von der/dem Bewerber/in anzukreuzen bzw. 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:

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

