

## Gesundheitszeugnis ( Vorlage )

Das Gesundheitszeugnis ist **zwingend** zum Zeitpunkt der Einschreibung von Bewerberinnen und Bewerbern **für die 5 Studiengänge Ergotherapie, Hebammenwissenschaft, Logopädie, Pflege und Physiotherapie** an der Hochschule Bochum – Standort Gesundheitscampus vorzulegen.

Hinweise für die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt:

- Bitte nutzen Sie diese Vorlage zum Gesundheitszeugnis, um die gesundheitliche Eignung des zukünftigen Studierenden zu bestätigen – vielen Dank dafür.
- Kreuzen Sie bitte Zutreffendes jeweils an.
- Die / der Studierende hat dieses – aufgrund der berufsgesetzlichen Bestimmungen der o.g. Studiengänge / Ausbildungsberufe – bei der Einschreibung an der Hochschule vorzulegen.

Hiermit wird bestätigt, dass

Herr ☐ / Frau ☐

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

|                                                                                 | zutreffend               | nicht<br>zutreffend      |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - frei von ansteckenden Krankheiten* ist,                                       |                          |                          |
| - frei von einer Suchtkrankheit* ist, und                                       |                          |                          |
| - die gesundheitliche Eignung (körperlich wie geistig) zur Ausübung des Berufes |                          |                          |
| - Ergotherapeutin / Ergotherapeut                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hebamme                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Logopädin / Logopäde                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pflegefachfrau / Pflegefachmann                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Physiotherapeutin / Physiotherapeut                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bescheinigt werden kann.                                                        |                          |                          |

\* ggf. Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel der Praxis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes