(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**ÄRZTLICHES GESUNDHEITSZEUGNIS**

**(für den Probanden)**

Für

Herrn/Frau:

geboren am:

Beruf/derzeit beschäftigt bei:

Anschrift:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

o Erstes Gesundheitszeugnis

o Laut Mitteilung des Probanden war die letzte Untersuchung am \_\_\_\_\_\_\_\_, daher Folgeuntersuchung

**Untersuchungen auffällig/positiv unauffällig/negativ**

Allgemeine körperliche

Untersuchung: o o

Untersuchung auf ulcerierende

oder eiternde Hautläsionen

an exponierten Körperstellen o o

Wundabstrich (falls erforderlich) o o

**Tuberkulose:**

Thorax-Röntgen, pa-Aufnahme

bei Schwangeren oder

anderen Gegenindikationen o o

Tuberkulinprobe o o

**Stuhluntersuchung auf**

**darmpathogene Keime:**

Salmonella spp.

inkl. Salmonella typhi und

paratyphi o o

**nur bei entsprechender**

**Anamnese im letzten Monat:** ja nein

Shigella spp., Campylobacter spp.,

Enterohaemorrhagische Escheri-

chia coli und Yersinia enterocolitica o o

**bei entsprechender**

**Reiseanamnese:** ja nein

Entamoeba histolytica und

Vibrio cholerae o o

**Hepatitisserologie A und B:**

letzte Impfung liegt nicht mehr als

10 Jahre zurück ja nein

HAV Antikörper o o

HAV-IgM Antikörper o o

(nur, wenn letztere positiv war)

HBs Antigen o o

**Sonstige Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aufgrund der oben angeführten Untersuchungen bestehen gegen die Beschäftigung als \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oder Tätigkeit mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **k e i n e / sehr wohl** (nicht Zutreffendes bitte deutlich streichen) gesundheitliche/-n Bedenken.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Arztstempel und Unterschrift