

# Gesundheitsfragebogen SOB-Steyr

## Fachniveau – Schwerpunkt Altenarbeit

## Fachniveau – Schwerpunkt Behindertenarbeit

NAME in BLOCKSCHRIFT: \_\_\_\_\_

### § 10 GuKG – PA-PFA-AV und § 53 SBG

**Voraussetzung für die Aufnahme in die Ausbildung ist unter anderem die zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegeassistenz und im jeweiligen Sozialberuf erforderliche gesundheitliche bzw. körperliche und geistige Eignung.**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgetreu. Es wird darauf hingewiesen, dass Ihre Angaben unter Datenschutz stehen.

#### 1. Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule? z. B. beim Heben oder Tragen

- nein
  - ja
- wenn ja, welche: .....

#### 2. Haben Sie Probleme mit den Gelenken?

- nein
  - ja
- wenn ja, welche: .....

#### 3. Haben Sie Probleme mit der Haut?

- nein
  - ja
- wenn ja, welche:
- Neurodermitis
  - Schuppenflechte
  - Ekzeme an den Händen
  - Allergien: welche: .....

#### 4. Leiden Sie an:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depressionen  | <input type="checkbox"/> Asthma                     |
| <input type="checkbox"/> Manie         | <input type="checkbox"/> Migräne (Kopfschmerzen)    |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie     | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:     |
- .....

**5. Haben Sie bereits einmal einen Allergietest gemacht?**

- 0 nein
  - 0 ja
- wenn ja, allergische Reaktionen auf: .....

**6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

- 0 nein
  - 0 ja
- wenn ja, welche: .....

**7. Hatten Sie schon einmal einen Unfall der bleibende Schäden verursacht hat?**

- 0 nein
  - 0 ja
- wenn ja, welche Beeinträchtigung: .....

**8. Bestand bei Ihnen schon einmal der Verdacht auf Tuberkulose oder waren Sie schon einmal wegen Tuberkulose in Behandlung?**

- 0 nein
  - 0 ja
- wenn ja, wann: .....

**9. Haben Sie**

- |                            |      |        |
|----------------------------|------|--------|
| ein normales Hörvermögen?  | 0 ja | 0 nein |
| eine Brille/Kontaktlinsen? | 0 ja | 0 nein |

**10. Hatten/Haben Sie ein Alkoholproblem?**

- 0 nein
- 0 ja

**11. Hatten/Haben Sie Kontakt mit Drogen?**

- 0 nein
  - 0 ja
- wenn ja, welche Droge: .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift