



## Fragebogen

zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung

Vorderseite ist von dem/r Bewerber/in auszufüllen

Rückseite ist von dem/der Arzt/Ärztin auszufüllen

### Personaldaten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Personenstand:  ledig  verheiratet Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sind Ihnen Krankheiten bekannt oder waren Sie bereits deswegen in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung, welche die Ausübung des Berufes als Kosmetiker/in erschweren können? (z.B. Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, Hauterkrankungen, Allergien etc.)

nein

ja, folgende

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

Haben Sie einen Unfall erlitten oder eine Krankheit aufzuweisen, wodurch die Belastbarkeit beeinträchtigt ist?

nein

ja

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

Welche Folgen im Hinblick auf die Belastbarkeit sind noch vorhanden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerber/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter



Vorname, Name(n): \_\_\_\_\_

### Untersuchungsbefund durch den/die Arzt/Ärztin

Klagt der/die Bewerber/in über wiederkehrende Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskel- Oder Sehnenbeschwerden?

- nein  
 ja

folgendes: \_\_\_\_\_

Ist die Funktionstüchtigkeit der Hände gegeben?

- nein  
 ja

folgendes: \_\_\_\_\_

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und Bewegungsapparat?

- nein  
 ja

folgendes: \_\_\_\_\_

Steht/stand in jüngerer Vergangenheit der/die Bewerber/in in orthopädischer Behandlung?

- nein  
 ja

folgendes: \_\_\_\_\_

Sind Allergien/Hautreaktionen (auf Desinfektionsmittel, Seifen, Öle etc.) bekannt?

- nein  
 ja

folgendes: \_\_\_\_\_

Verfügt der/die Untersuchte über farbrichtiges Sehvermögen?

- nein  
 ja

Bestehen Anzeichen für Sucht Abhängigkeit oder Psychische Erkrankung?

- nein  
 ja

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten?

- nein  
 ja

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Beurteilung:** Der/die Untersuchte ist für den Beruf des/der Kosmetikers/in

- uneingeschränkt geeignet       bedingt geeignet       ungeeignet

Ich habe von der Selbstauskunft des/der Bewerbers/in Kenntnis erhalten:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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