Appenzell Ausserrhoden

Departement
Gesundheit und
Soziales

Amt für Gesundheit

Fachstelle
Gesundheitsfachpersonen

Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

gesundheitsfachpersonen@ar.ch
www.ar.ch/gesundheitsfachpersonen

Information

Das Amt für Gesundheit hat, gemeinsam mit dem Kantonsarzt und in Kenntnis des Vorstands der Appenzeller Ärztegesellschaft, einen Fragebogen im Sinne einer einheitlichen Beurteilungshilfe erstellt, der einer attestierenden Ärztin oder einem attestierenden Arzt die Dokumentation erleichtern kann. Welche weiteren medizinischen Abklärungen aufgrund der Angaben notwendig sind, entscheidet die attestierende Ärztin oder der attestierende Arzt selbstständig. Der Fragebogen bleibt bei der attestierenden Ärztin oder dem attestierenden Arzt.

Ärztliches Attest

Frau / Herr _____

Geboren am _____

In _____

ist heute von mir untersucht worden. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des Berufs als

- ☐ Apothekerin / Apotheker
- ☐ Ärztin / Arzt
- ☐ Chiropraktorin / Chiropraktor
- ☐ Dentalhygienikerin / Dentalhygieniker
- ☐ Drogistin / Drogist
- ☐ Ergotherapeutin / Ergotherapeut
- ☐ Ernährungsberaterin / Ernährungsberater
- ☐ Hebammen
- ☐ Heilpraktikerin / Heilpraktiker
- ☐ Hörgeräte-Akustikerin / Hörgeräte-Akustiker
- ☐ Komplementärtherapeutin & Komplementärtherapeut
- ☐ Logopädin / Logopäde
- ☐ Med. Masseurin / Med. Masseur
- ☐ Naturheilpraktikerin / Naturheilpraktiker
- ☐ Optometristin / Optometrist
- ☐ Orthoptistin / Orthoptist
- ☐ Osteopathin / Osteopath
- ☐ Pflegefachfrau / Pflegefachmann
- ☐ Physiotherapeutin / Physiotherapeut
- ☐ Podologin / Podologe
- ☐ Psychologin / Psychologe
- ☐ Psychotherapeutin / Psychotherapeut
- ☐ Rettungssanitäterin / Rettungssanitäter
- ☐ Tierärztin / Tierarzt
- ☐ Tierphysiotherapeut / Tierphysiotherapeutin
- ☐ Zahnärztin / Zahnarzt

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem/einer Familienangehörigen oder Lebensgefährten/Lebensgefährtin des Probanden/der Probandin durchgeführt.

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes _____

Fragebogen zum ärztlichen Attest für Gesundheitsfachpersonen (VERTRAULICH)
(verbleibt bei der/beim attestierenden Ärztin/Arzt in der Krankengeschichte!)

	Ja	Nein
Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre oder sind Sie derzeit in medizinischer Behandlung (Selbst- oder Fremdbehandlung)?	☐	☐
Wurden Sie in den letzten Jahren in einem Spital behandelt oder ist ein Spitalaufenthalt vorgesehen?	☐	☐
Waren Sie in den letzten 5 Jahren während mehr als 4 Wochen arbeitsunfähig?	☐	☐
Sind Sie jemals von einer medizinischen Fachperson mit einem einschränkenden Attest belegt worden (z.B. von einem Verkehrsmediziner, Tauchmediziner, etc.)?	☐	☐
Haben Sie je einen Unfall/Unfälle mit bleibenden medizinischen Konsequenzen erlitten?	☐	☐
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Herzkrankheiten, Bluthochdruckdruck, Embolien, Thrombosen)?	☐	☐
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungenentzündung)?	☐	☐
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Verdauungsapparats (z.B. Speiseröhre, Magen, Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)?	☐	☐
Leiden oder litten Sie an Stoffwechsel- und Blutkrankheiten (z. B. Diabetes, Anämie)?	☐	☐
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der Augen? (z.B. Netzhautablösung, eingeschränktes Gesichtsfeld, Visusverminderung)	☐	☐
Leiden sie an einem chronischen Infekt (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	☐	☐
Besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko für chronische Infekte?	☐	☐
Haben Sie sich je einem HIV-Test (AIDS) unterzogen?	☐	☐
Falls ja, war dieser jemals positiv?	☐	☐
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Demenz, Lähmungssymptome, Epilepsie, Schwindelanfälle)?	☐	☐
Waren Sie oder befinden Sie sich aufgrund eines Suchtmittelkonsums (Alkohol, Drogen, Medikamente) in medizinischer Betreuung oder Behandlung?	☐	☐
Haben Sie jemals eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung benötigt?	☐	☐
Wenn ja, ist diese abgeschlossen?	☐	☐
Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente ein?	☐	☐
Falls ja, welche? _____	☐	☐

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Name _____ Vorname _____ Geb.datum _____

Adresse _____

Datum und Unterschrift _____