

VERTRAULICH

A-Post PLUS
Health & Medical Service
Bollwerk 4
3011 Bern

Evento ID
Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Studiengang

Gesundheitsfragebogen zur Aufnahme an die Pädagogische Hochschule Zürich

- ➔ Bitte jede Seite unterschreiben, (Kandidat/in und Arzt/Ärztin) mit Stempel der Arztpraxis auf der letzten Seite
- ➔ Versand im Original per A-Post PLUS an obenstehende Adresse oder im PDF-Format per Mail an info@hmsag.ch.
Wichtig: Wird der Fragebogen per E-Mail eingereicht, muss das Original mindestens bis zum Studienbeginn aufbewahrt und auf Verlangen nachgereicht werden können.

Angaben zur Person

Geschlecht:

Vorname Nachname:

Adresse:

Telefonnummer Privat:

Telefonnummer Mobile:

E-Mail-Adresse:

Geburtsdatum:

Angaben zur Arztpraxis

E-Mail-Adresse: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift oder Stempel: _____

1. Wegleitung

- 1.a Die Zulassung zum Studium an der Pädagogischen Hochschule Zürich setzt eine persönliche und gesundheitliche Eignung zum Lehrberuf voraus (§8 des Gesetzes über die Pädagogische Hochschule vom 25. Oktober 1999). Die Untersuchung anhand dieses Fragebogens bildet die Grundlage zur Beurteilung dieses Zulassungserfordernisses. Der ausgefüllte Fragebogen wird direkt an den Vertrauensärztlichen Dienst der PH Zürich (= Health & Medical Service AG) geschickt. Liegen Hinweise auf Krankheiten oder Störungen vor, die einer Lehrtätigkeit in schwerwiegender Weise entgegenstehen können, erfolgt eine nähere Abklärung durch den Vertrauensärztlichen Dienst der PH Zürich. Kann der Gesundheitsnachweis nicht bzw. nur mit Vorbehalt erbracht werden, teilt dies der Vertrauensärztliche Dienst der PH Zürich der Aufnahmekommission der PH Zürich nach der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht mit.

Physische und psychische Belastbarkeit sind im Lehrberuf unverzichtbar. Die Untersuchung soll Sie zur kritischen Auseinandersetzung mit diesen Faktoren anregen. Sämtliche Unterlagen zum Gesundheitszustand werden streng vertraulich behandelt. Nach Ende der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Unterlagen vernichtet.

Die Kosten für den Gesundheitsfragebogen und allfälliger weiterer Gesundheitsabklärungen gehen zu Lasten der Kandidatin/des Kandidaten.

Unterschrift Kandidat/in

Unterschrift Arzt/Ärztin

1.b Folgende gesundheitliche Störungen oder Beeinträchtigungen müssen mit der Vertrauensärztin / dem Vertrauensarzt im Hinblick auf den Lehrberuf besprochen werden :

- Beeinträchtigung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit
- Psychische Erkrankungen mit dauerhaft erheblicher Funktionseinschränkung, Selbst- oder Fremdgefährdung
- Neurologische Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen
- Höhergradige, relevante Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeiten

2. Anamnese

Die Befragung ist von der Ärztin oder dem Arzt durchzuführen . Die Kandidatin / der Kandidat hat die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben durch Unterschrift zu bestätigen.

Bitte darauf achten, dass bei jedem Punkt etwas steht bzw. eine Antwort angekreuzt ist. Andernfalls wird der Fragebogen retourniert.

a. Hat die Kandidatin / der Kandidat Krankheiten (auch psychische) durchgemacht oder Unfälle erlitten, deren Folgen die psychische oder physische Belastbarkeit im Sinne von Punkt 1.b beeinträchtigen oder in Zukunft beeinträchtigen könnten?

☐ ja ☐ nein

Falls ja:

Art Krankheit/Unfall _____ Zeitpunkt bzw. Zeitraum _____

Weitere: _____

b. War sie, er aufgrund der in Punkt 2.a. genannten Krankheiten / Unfälle in den letzten drei Jahren in ärztlicher und / oder psychologischer Behandlung?

☐ ja ☐ nein

Falls ja

Wegen (bitte die Gesundheitsstörung gem. ICD ergänzen): _____

Zeitraum Behandlung von _____ bis _____

letzbehandelnder Arzt/Ärztin: _____

letzbehandelnder Psychotherapeut/Psychotherapeutin: _____

Medikamentöse Behandlung mit: _____ von _____ bis _____

mit: _____ von _____ bis _____

Stationäre Behandlung wegen oben genannter Gesundheitsstörung:

☐ nein ☐ ja, und zwar / (Zeitraum): _____ Klinik: _____

Behandlung ist abgeschlossen: ☐ ja ☐ nein

Erkrankung bzw. Unfallfolgen vollständig geheilt ☐ nein ☐ ja, und zwar seit: _____

Arbeitsunfähigkeit ≥ 2 Monate in den letzten 3 Jahren (Zeitraum): _____

Aktuelle Arbeitsfähigkeit: _____ %

Schul- oder Ausbildungsunterbrüche in den letzten 5 Jahren: ☐ nein ☐ ja (Zeitraum): _____

Erfolgte eine IV-Anmeldung ☐ nein ☐ ja (Art der Massnahme/Zeitpunkt): _____ / _____

Unterschrift Kandidat/in

Unterschrift Arzt/Ärztin

- c. Ergeben sich Hinweise auf eine Suchtmittelproblematik oder allgemein eine Sucht?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

3. Untersuchung

- a. Liegen Sprachstörungen, Artikulationsstörungen oder Stimmstörungen schwereren Grades vor (z.B. Lispeln, Stottern etc.)?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

- b. Bestehen sonstige relevante Funktionseinschränkungen im Sinne von Punkt 1.b.?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? (Zutreffendes näher bezeichnen)

- c. Lassen sich Auffälligkeiten im Verhalten oder in der Kontaktfähigkeit feststellen?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

4. Nachteilsausgleich

Sind zum Zeitpunkt der Untersuchung Behinderungen bekannt (im Sinne vom Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen, Art. 2)?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

Hinweis: Anträge für einen Nachteilsausgleich sind samt Belegen (Gutachten) möglichst frühzeitig (s. Merkblatt Nachteilsausgleich unter: <https://tiny.phzh.ch/nachteilsausgleich>) per E-Mail an: aufnahme@phzh.ch oder per Post adressiert an: VERTRAULICH, PH Zürich, Zulassung und Studierendeninformation, Lagerstrasse 2, 8090 Zürich einzureichen.

Unterschrift Kandidat/in

Unterschrift Arzt/Ärztin

5. Ergänzende Bemerkungen

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? _____

Ergeben sich aus der Untersuchung Hinweise für relevante Gesundheitsstörungen, die eine zukünftige Tätigkeit als Lehrperson einschränken könnten?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? _____

Ort/Datum

Unterschrift Kandidat/in

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin
