

Gesundheitsamt

Ambassadorenhof
Riedholzplatz 3
4509 Solothurn
Telefon 032 627 93 71
gesundheitsamt@ddi.so.ch

Ärztliches Attest

**betreffend den Gesundheitszustand für die Berufsausübung
in eigener fachlicher Verantwortung als andere Gesundheitsfachperson**

auszufüllen durch eine/n Ärztin/Arzt mit Berufsausübungsbewilligung im Kanton Solothurn

1. Angaben zur untersuchten Gesundheitsfachperson

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Heimatort:
(bei Ausländern: Heimatland)

Wohnadresse: PLZ/Ort:

Telefon: Mobile:

E-Mail:

2. Angaben zur Berufsausübung/Praxisdaten der untersuchten Gesundheitsfachperson

Berufsfeld:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aktivierung | <input type="checkbox"/> Podologie | <input type="checkbox"/> biomedizinische Analyse |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygiene | <input type="checkbox"/> Drogist/in | <input type="checkbox"/> Leitung med. Labor |
| <input type="checkbox"/> Rettungssanität | <input type="checkbox"/> Augenoptik | <input type="checkbox"/> Orthoptik |
| <input type="checkbox"/> medizinisch-therapeutische Logopädie | <input type="checkbox"/> med. Massage | <input type="checkbox"/> medizin-technische Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Naturheilpraktik | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> Operationstechnik |

Praxisbezeichnung:

Praxisadresse: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

3. Abklärung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Liegt eine somatische Erkrankung/Behinderung vor, welche die Berufstätigkeit offensichtlich infrage stellt (z.B. Gefässerkrankung des Gehirns, M. Parkinson, Erkrankung der Wahrnehmungsorgane)?

Nein

Ja Diagnose:

Krankheitsverlauf und Therapie:

.....

.....

.....
.....

Liegt eine psychische oder funktionelle Erkrankung/Behinderung vor, welche die Berufstätigkeit offensichtlich infrage stellt (z.B. manisch-depressives Kranksein, demenzielle Entwicklung, Sucht)?

Nein

Ja Diagnose:

Krankheitsverlauf und Therapie:.....

.....
.....
.....
.....

Haben sich bei der Abklärung Hinweise ergeben, welche die Berufstätigkeit aus anderen Gründen (z.B. Vertrauenswürdigkeit) infrage stellen?

Nein

Ja welche:

.....
.....
.....

Bemerkungen:.....

.....
.....
.....

4. Bestätigung und Unterschrift behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

Der/Die Unterzeichnete bestätigt hiermit, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen und dass keine Befangenheit (z.B. Praxisgemeinschaft, langjährige Freundschaft) gegenüber der untersuchten Gesundheitsfachperson vorliegt.

Praxisbezeichnung:

Name:..... Vorname:.....

Praxisadresse:..... PLZ/Ort:

Fachgebiet:..... Funktion:

Ort und Datum der Untersuchung

Unterschrift und Stempel

.....

.....