**Ärztliches Zeugnis**

zur Aufnahme an die SWISS TCM UNI

Die Zulassung zum TCM-Studium an der SWISS TCM UNI setzt voraus, dass der/die Bewerbende gesundheitlich und persönlich für den Beruf als TCM-Therapeut/in bzw. -Arzt/Ärztin geeignet ist. Die Untersuchung anhand   
dieses Fragebogens soll sicherstellen, dass die Zulassungsbedingungen erfüllt sind.

Die Kosten für das ärztliche Zeugnis sowie allfällige weitere gesundheitliche Abklärungen sind vom/von der Bewerbenden zu tragen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Angaben** | | | | | | |
| Geschlecht: |  | weiblich |  | männlich |  | divers |
| Name, Vorname: |  | | | | | |
| Strasse, PLZ Ort: |  | | | | | |
| Telefon / Mobile: |  | | | | | |
| Email: |  | | | | | |
| Nationalität: |  | | | | | |
| Geburtsdatum: |  | | | | | |
| Zivilstand: |  | | | | | |

|  |
| --- |
| **Anamnese** |
| Die Befragung erfolgt durch den Arzt bzw. die Ärztin. Der/die Bewerbende muss die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben durch Unterschrift bestätigen. |
| 1. Hat der/die Bewerbende physische oder psychische Erkrankungen oder Unfälle erlitten, deren Folgen die körperliche oder seelische Belastbarkeit beeinträchtigen können? |
| Ja  Nein |
| Falls Ja: Welche? (Bitte ausfüllen) |
| 2. War er/sie aufgrund der genannten Erkrankungen oder Unfälle in den letzten fünf Jahren in ärztlicher und/oder psychologischer Behandlung? |
| Ja  Nein |
| Falls Ja: Bitte Art und Zeitraum der Behandlung sowie allfällige Medikamente aufführen: |
| 3. Hatte er/sie in den letzten fünf Jahren Probleme mit Suchtmitteln? |
| Ja  Nein |
| Falls Ja: Mit welchen? (Bitte ausfüllen) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Untersuchung** | | | | | | | | | | |
| Allgemeinzustand: | |  | | | Hörvermögen: | | rechts |  | links |  |
| Grösse: | |  | | | Sehschärfe: | | rechts |  | links |  |
| Gewicht: | |  | | | Korrektur: | | rechts |  | links |  |
| Puls: | |  | | | Farbsehen: | | rechts |  | links |  |
| Blutdruck: | |  | | |  | |  | | | |
| Wichtige Befunde bei der Untersuchung (Bitte ausfüllen): | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Liegen sonstige Erkrankungen oder Auffälligkeiten vor, die sich auf die Zulassung zum Studium an der SWISS TCM UNI auswirken könnten? | | | | | | | | | | |
|  | Ja | |  | Nein | | | | | | |
| Falls Ja: Welche? (Bitte ankreuzen) | | | | | | | | | | |
|  | Bewegungsapparat | | | |  | Nervensystem | | | | |
|  | Kreislauf | | | |  | Sinnesorgane | | | | |
|  | Atemwege | | | |  | Anderes | | | | |
| Erläuterung: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nachteilsausgleich** | | | |
| Sind Behinderungen bekannt, die zur Beantragung eines Nachteilsausgleichs\* berechtigen würden? | | | |
|  | Ja |  | Nein |
| Falls Ja: Welche? (Bitte ausfüllen) | | | |
|  | | | |
| \*) Das Formular «Antrag auf Nachteilsausgleich» kann auf der SWISS TCM UNI-Website heruntergeladen werden. | | | |

|  |
| --- |
| **Weitere Anmerkungen** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum: |  | Unterschrift Bewerbende/r: |  |
| Ort, Datum: |  | Unterschrift Arzt/Ärztin: |  |