**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: |  |