

ÄRZTLICHES ATTEST

NAME (AUFGRUND DES PERSONALAUSWEISES)

VORNAME: _____

NACHNAME: _____

STÄNDIGER WOHSITZ (IN DEM HEIMATLAND): _____

GEBURTSORT UND GEBURTSDATUM: _____

Hiermit bestätige ich, dass der/die oben genannte Patient/in zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten ist. Er/sie ist physisch und psychisch gesund. Gegen das Medizinstudium bestehen ärztlicherseits keine Einwände.

Bemerkungen*:

** Bitte geben Sie an, insofern der/die Patient/in besondere Bedürfnisse bzw. diagnostizierte Lernstörung(en) haben, die sein/ihr Studium beeinflussen können.*

NAME DES ARZTES: _____

ANSCHRIFT DER PRAXIS: _____

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES ARZTES ODER LANR: _____

Bitte beachten Sie, dass nach ungarischem Recht Hochschulen und Universitäten, die universitäre Studiengänge im Gesundheitswesen anbieten – einschließlich der Universität Szeged –, verpflichtet sind, die gesundheitliche Eignung der Studierenden für gesundheitsbezogene Tätigkeiten zu überprüfen. Die Teilnahme an solchen Studiengängen ist ausschließlich Studierenden vorbehalten, die von einem in Ungarn zur Durchführung der Untersuchung befugten Arbeitsmediziner als gesundheitlich geeignet eingestuft wurden. Die gesundheitliche Eignung für Tätigkeiten im Gesundheitswesen bedeutet, dass der Studierende kein Infektionsrisiko darstellt, geistig und körperlich zur Patientenversorgung fähig ist und weder Patienten noch sich selbst gefährdet.

Aus diesem Grund möchten wir Sie im Voraus darauf hinweisen, dass die nachstehend aufgeführten medizinischen Zustände zur medizinischen Nichteignung für gesundheitsbezogene Tätigkeiten führen können:

- Nicht korrigierbare schwere Sinnesbeeinträchtigungen (Seh- oder Hörvermögen)
- Sprachstörungen, die die Kommunikation erheblich beeinträchtigen
- Bewegungseinschränkungen, die die Patientenversorgung beeinträchtigen, insbesondere bei Notfall- oder chirurgischen Tätigkeiten

- Aktive oder chronische Infektionskrankheiten mit Übertragungsrisiko (z. B. Tuberkulose, chronische Hepatitis B oder C, HIV-Infektion)
- Anfallserkrankungen (z. B. Epilepsie), bei denen Anfallsfreiheit durch Behandlung nicht gewährleistet werden kann
- Substanzgebrauchsstörungen (einschließlich Alkohol- oder Drogenabhängigkeit), die eine sichere und zuverlässige Ausübung beeinträchtigen
- Psychische Erkrankungen, sofern sie die sichere Patientenversorgung negativ beeinflussen und/oder nicht zuverlässig durch geeignete Behandlung kontrolliert werden können, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:
 - schwere Autismus-Spektrum-Störungen, Verhaltensstörungen oder Persönlichkeitsstörungen
 - psychotische Störungen (z. B. Schizophrenie), schwere depressive Störungen oder bipolare Störungen
 - schwere Angststörungen, Zwangsstörungen oder Essstörungen

Die medizinische Eignung wird in allen Fällen individuell gemäß den geltenden ungarischen Rechtsvorschriften beurteilt.

Falls einer der oben genannten medizinischen Zustände vorliegt oder möglicherweise vorliegt oder der Bewerber unsicher ist, ob ein bestehender Zustand seine Eignung für die Ausübung von Tätigkeiten im Gesundheitswesen beeinträchtigen könnte – da die gesundheitliche Eignung eine grundlegende Voraussetzung für ein Studium im Gesundheitswesen darstellt –, wird dringend empfohlen, bereits während des Bewerbungsverfahrens eine vorläufige gesundheitliche Eignungsprüfung zu Beratungszwecken beim arbeitsmedizinischen Dienst der Universität zu beantragen.

Ziel der Vorabprüfung ist es festzustellen, ob der Zustand des Bewerbers die Zulassung zur gesundheitlichen Eignung im gewählten Studiengang der Gesundheitswissenschaften beeinflussen könnte. Wird ein entsprechender Antrag gestellt, nimmt der Arbeitsmediziner der Universität per E-Mail Kontakt mit dem Bewerber auf und fordert relevante Angaben sowie unterstützende medizinische Unterlagen in deutscher Sprache an.

Eine Option ist durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens auszuwählen:

- ☐ Ich beantrage eine vorläufige gesundheitliche Eignungsprüfung und erkläre mich durch diese Antragstellung ausdrücklich damit einverstanden, dass der Arbeitsmediziner der Universität mich über die in meiner Bewerbung angegebene E-Mail-Adresse kontaktiert.
- ☐ Ich beantrage keine vorläufige gesundheitliche Eignungsprüfung.

Ich bestätige, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und korrekt sind. Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass falsche oder irreführende Angaben meine Bewerbung und/oder meinen Studierendenstatus beeinträchtigen können.

Datum: _____
(TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des Bewerbers: _____