



Impfstatus und Fragebogen für Praktikanten

(Kurzzeitpraktikum im Gesundheitsdienst, max. 6 Monate), Famulanten, PJ u.ä.

Im Krankenhaus besteht Kontakt zu verschiedenen Krankheitserregern. Gegen manche Erreger können Sie sich durch Impfungen schützen.

Da Sie im Rahmen Ihres Praktikums im klinischen Bereich tätig werden (Stationen, Funktionsabteilungen, Kreißsaal, OP etc.), ist ein nachgewiesener Impfschutz gegen bestimmte Krankheiten zu Ihrem Schutz und zum Schutz der Patienten Voraussetzung. Die Impfungen hierfür erhalten Sie von Ihrem **Hausarzt**, bei dem Sie sich **spätestens 8 Wochen vor dem Einsatz** vorstellen sollten. Die Kosten für diese Impfungen werden von den Krankenkassen übernommen.

Seit März 2020 besteht lt. Masernschutzgesetz eine **Impfpflicht** für Masern.

Bitte füllen Sie **danach** den beiliegenden Fragebogen aus und geben ihn vor Beginn des Praktikums bei dem für Sie zuständigen Ansprechpartner ab.

Wie jeder andere Arzt unterliegen der Betriebsarzt und seine Mitarbeiter der ärztlichen Schweigepflicht.

Viel Spaß und Erfolg beim Praktikum!

Ihre Betriebsmedizin

**Betriebsärztlicher Fragebogen zur Vorlage bei der einstellenden Stelle
vor Beginn der Tätigkeit**

Name:		Vorname:		geb. am:	
Einsatzstelle:					
Einsatzdatum:	von		bis		

Ernsthafte Vorerkrankungen, Allergien oder Unfälle: nein ja

Wenn ja, welche:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: nein ja

Wenn ja, welche:

Erforderliche Impfungen:

Tetanus, Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten): Impfung nicht älter als 10 Jahre

Polio (Kinderlähmung): Komplette Grundimmunisierung (4 Impfungen) vorhanden

Hepatitis-B: 3 Impfungen, falls älter als 10 Jahre Auffrischung empfohlen oder

mindestens 2 Impfungen sind **aktuell** erfolgt (Datum der 2. Impfung: _____)

Masern, Mumps, Röteln: 2 Impfungen oder serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern liegt vor

Windpocken (Varizellen): Erkrankung durchgemacht oder 2 Impfungen sind erfolgt oder

serologischer Nachweis eines Schutzes liegt vor

Empfohlene Impfungen:

Impfung bei Einsatz in Frauen- oder Kinderklinik: **Hepatitis A**

Hiermit bestätige ich, o.g. Angaben wahrheitsgetreu beantwortet zu haben

Datum:

Unterschrift (bei Jugendlichen unter 18 Jahren der / die Erziehungsberechtigte):

Gesehen (Betriebsarzt):

weitere Veranlassung: