

**(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 **und eine Kopie des Impfpasses** 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

**Zur Vorlage bei der einstellenden Stelle vor Beginn der Tätigkeit**

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>		<b>geb. am:</b>	
<b>Einsatzstelle:</b>					
<b>Einsatzdatum:</b>	<b>von</b>		<b>bis</b>		

**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, nicht älter als 10 Jahre oder  mindestens 2 Impfungen sind **aktuell** erfolgt (Datum der 2. Impfung: \_\_\_\_\_)
- Masern, Mumps, Röteln:**  2 Impfungen oder  serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern und Röteln liegt vor
- Windpocken (Varizellen):**  Erkrankung durchgemacht oder  2 Impfungen sind erfolgt oder  serologischer Nachweis eines Schutzes liegt vor

**Empfohlene Impfungen:**

Impfung: **Hepatitis A** (1. Impfung erforderlich)

Covid-19 Impfung  2 bzw.  3 **dokumentierte Impfungen Covid-19 Erkrankung:** \_\_\_\_\_  
 (Krinko-Empfehlungen zum Patientenschutz empfohlene Impfung)

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

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** (bei Jugendlichen unter 18 Jahren der / die Erziehungsberechtigte): \_\_\_\_\_

Gesehen (Betriebsarzt):  
 weitere Veranlassung: