



---

Anforderungen für Kurzzeitpraktika im Klinikum Solingen

---

**Auszufüllen zur Vorlage im Personalmanagement vor Beginn des Praktikums**

---

Dieser Fragebogen ist **mindestens 8 Wochen** vor Beginn des Praktikums auszuhändigen. Der/die Praktikant/in sollte die Möglichkeit haben, **mindestens 6 Wochen** vorher einen Kinderarzt oder Hausarzt aufzusuchen um bislang versäumte Impfungen nachzuholen

---

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Schule:** \_\_\_\_\_

Folgende Impfungen müssen vorliegen bei jeder Art von Patientenkontakt:

**Hepatitis B**

Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. Die zweite / dritte Impfung ist am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ erfolgt (die zweite Impfung mindestens 2 Wochen vor Antritt des Praktikums)

**Covid-19**

Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. Die zweite / dritte Impfung ist am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ erfolgt (die zweite Impfung mindestens 2 Wochen vor Antritt des Praktikums)

**Masern / Mumps / Röteln**

Sind mindestens zwei Impfungen erfolgt?  Ja /  Nein  
oder  
Besteht ein Nachweis schützender Antikörper im Blut?  Ja /  Nein

**Windpocken**

Wurden Windpocken sicher durchgemacht?  Ja /  Nein  
oder  
Sind Zwei Windpocken-Impfungen erfolgt?  Ja /  Nein

Zusätzlich bei Einsatz in der Kinderklinik oder Neugeborenenstation

**Keuchhusten / Pertussis**

Ist mindestens eine Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre erfolgt?  Ja /  Nein

Die Praktikantin/Der Praktikant: \_\_\_\_\_

Die/Der gesetzliche Vertreter/in \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift

---

Datum und Unterschrift

Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung der Fragen und/oder bei weiteren Fragen können Sie sich gerne bei Frau Dogan, unter der Telefonnummer 0212/547-2264 oder per E-Mail [dogan.g@klinikumsolingen.de](mailto:dogan.g@klinikumsolingen.de), melden.



## Fragen zur Einschätzung eventueller Gefährdungen für Kurzzeitpraktika im Klinikum Solingen

---

### Auszufüllen zur Vorlage im Personalmanagement vor Beginn des Praktikums

.....

**Name:**

**Vorname:**

**Schule:**

---

Je nach Antwort, werden Sie zur Beratung beim betriebsärztlichen Dienst eingeladen.

- 1.) Besteht bei Ihnen/Ihrem Kind eine chronische Erkrankung ( z.B. Diabetes / Zuckerkrankheit; Epilepsie; Abwehrschwäche, z.B. durch Medikamente; psychische Erkrankungen inclusive schwere ADHS-Symptomatik)?

Ja /  Nein

- 2.) Bestehen Hautprobleme an den Händen und / oder Unterarmen?

Ja /  Nein

- 3.) Besteht eine Infektionserkrankung mit Ansteckungsrisiko, z.B. ansteckende Hepatitis (Hepatitis A, B oder C) oder sind Sie/ ist Ihr Kind Dauerausscheider, z.B. Salmonellendauerausscheider?

Ja /  Nein

Die Praktikantin/Der Praktikant:

Die/Der gesetzliche Vertreter/in

---

Datum und Unterschrift

---

Datum und Unterschrift