



**Fragen zur Einschätzung eventueller Gefährdungen für
ein Praktikum / eine Hospitation im Klinikum Solingen
(Bitte ausfüllen zur Vorlage Personalmanagement / Pflegedirektion vor
Beginn des Einsatzes)**

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Voraussichtlicher Beginn: _____

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 Einsatzes)

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

Keuchhusten / Pertussis / Polio / Tetanus / Diphtherie

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

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

- 1.) Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung (z.B. Diabetes / Zuckerkrankheit; Epilepsie; Immunschwäche, psychische Erkrankungen inclusive schwere ADHS-Symptomatik o.ä. ?

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 ist der / die Praktikant*in Dauerausscheider, z.B. Salmonellendauerausscheider?

Ja / Nein

Falls bei Frage 1./2./3. **Ja** = Bitte Kontaktaufnahme zur Arbeitsmedizin
Telefon: 0212 / 547 2297

Praktikant*in erfüllt die Kriterien Ja / Nein

Name in Druckbuchstaben des/der behandelnden Hausarztes*Hausärztin:

Unterschrift des/der behandelnden Hausarztes*Hausärztin:

Stempel Arztpraxis:

Datum:
