

Anlage 3

Zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage bei der einstellenden Stelle vor Beginn des Praktikums.

Hiermit wird bestätigt, dass _____ geb. _____
Name, Vorname

körperlich und geistig gesund ist und frei von ansteckenden Erkrankungen. Es gibt keine gesundheitlichen Gründe gegen die Durchführung eines Praktikums in Ihren Einrichtungen.

	Es besteht ausreichender Schutz (lt. Stiko-Empfehlungen)	
	Ja	Nein
Hepatitis B Erforderlich bei jeder Art von Tätigkeit am Patienten/Bewohner, Pflege, Therapie, Diagnostik, Apotheke und Sozialer Beratungsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps/Röteln Erforderlich bei Einsatz in der Frauenklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern/Windpocken Erforderlich beim Einsatz in der Frauenklinik, Medizinischen Klinik, Onkologie, sowie bei sonstiger Tätigkeit mit immungeschwächten Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A Erforderlich beim Einsatz in der Frauenklinik, Infektionsstation, Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Poliomyelitis Grundsätzlich zu empfehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel