Einstellungsvoraussetzungen für Kurzzeitmitarbeiter:

Honorar -/Gastärzte/-innen, kurzfristig Beschäftigte, Famulanten, Praktikanten, FSJ / BFD / im Gesundheitsdienst

zur Bearbeitung durch den Hausarzt und zur Vorlage bei der einstellenden Stelle vor Beginn der Tätigkeit

Der Immunstatus muss dokumentiert sein und muss vor Antritt der Tätigkeit bei Bedarf ergänzt werden**. Für weiterführende Diagnostik können ggf. Kosten anfallen, die vom Bewerber zu übernehmen sind**.

Bitte wenden Sie sich rechtzeitig vor Tätigkeitsbeginn (min. 6 Wochen vorher) an Ihren Hausarzt.

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....Telefon: .....

Anschrift: .....

Zeitraum: ..... Einsatzort: .....

Bitte Kopie des Impfausweises und die serologischen Befunde beifügen!
Nur gültig in Verbindung mit diesen Nachweisen!

Folgende Impfungen sind Einstellungsvoraussetzung			
Impfung	**Erläuterung**	**ja**	**nein**
Tetanus **Diphterie** **Pertussis**	• Grundimmunisierung erfolgt • Die letzte Impfung liegt nicht länger als 10 Jahre zurück. • Kombinationsimpfung mit Pertussis zuletzt am :__.__.____	☐ ☐	☐ ☐
Polio	Grundimmunisierung + 1 x Auffrischimpfung im Jugend- oder Erwachsenenalter ist erfolgt am: __ . ___ . _____	☐	☐
Masern **Mumps** **Röteln**	• Zwei Impfungen sind erfolgt • **oder** Serologischer Immunitätsnachweisliegt vor für • Masern • Mumps • Röteln	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Windpocken	• Zwei Impfungen sind erfolgt • oder Serologischer Immunitätsnachweis liegt vor	☐ ☐	☐ ☐
Tuberkulose	Gamma-Interferontest oder Röntgenthorax **nur** obligatorisch für Bewerber aus Endemiegebieten **oder** für Personen, die sich in den letzten 3 Jahren länger als 2 Monate in Endemiegebieten aufgehalten haben) • Gamma-Interferon-Test: negativ • Röntgen-Thorax: unauffällig	☐ ☐	☐ ☐
Hepatitis B	• 3 Impfungen sind erfolgt. Datum letzte Impfung:__.__.____ • **oder** anti-HBs: _____ IU/l vom:___.____._____ (Nachweis muss vorgelegt werden)	☐	☐
Hepatitis A	Nur bei geplantem Einsatz in Frauenklinik, Kinderklinik oder Psychiatrie empfohlen. Mindestens 1x Impfung ist erfolgt am: __ .__ ._____	☐	☐

Fehlende geforderte Laboruntersuchungen können gegen Bezahlung (nicht erstattungsfähig) beim BÄD durchgeführt werden.

Bescheinigender Arzt (Name):

Anschrift:

Telefonnummer:

_____

Datum Unterschrift Stempel