



SRH Wald-Klinikum Gera
Personalabteilung
Straße des Friedens 122
07548 Gera

MANDANT 030

Meldung über Mitarbeiter

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/ Hausnummer:

PLZ/ Ort:

Telefonnummer / E- Mail

**Ausbildungseinrichtung /
Schule
bzw. privat:**

Beginn der Tätigkeit:

Ende der Tätigkeit:

tägl. Arbeitszeit:

Einsatzstation:

.....
Datum

.....
Unterschrift



SRH Wald-Klinikum Gera
Personalabteilung
Straße des Friedens 122
07548 Gera

MERKBLATT BETRIEBSPRAKTIKUM für Schüler, Auszubildende, Medizinstudenten sowie private Praktika

- ▶ Wie der erste Praktikumstag verläuft, teilen wir Ihnen rechtzeitig per E-Mail mit.
- ▶ Bei Praktika im Pflegebereich: Bitte legen Sie uns einen gültigen Nachweis über eine Belehrung zum Umgang mit Lebensmitteln vor. Diesen Nachweis erhalten Sie vom Gesundheits- und Hygieneamt in Gera, Gagarinstraße 68 (Telefon: Gera 8383531) bzw. im für Ihren Wohnort zuständigen Gesundheits- u. Hygieneamt. Er darf nach Erstaussstellung des Nachweises bei Praktikumsbeginn nicht älter als 3 Monate sein.
- ▶ Die Arbeitszeit richtet sich nach der Vereinbarung laut abgeschlossenem Praktikumsvertrag bzw. dem Bestätigungsschreiben der Schule für ein Betriebspraktikum sowie nach Absprache bei privaten Praktika.
- ▶ Arbeitsbekleidung erhalten Sie in unserem Haus über den Bekleidungsautomaten. Dafür wird Ihnen für die Dauer des Praktikums am Infotresen (Hauptgebäude) eine Praktikantenkarte gegen eine Pfandgebühr von 20,- € zur Verfügung gestellt. Diese Karte ist zum Praktikumsende am Infotresen wieder abzugeben. Bei Nichtabgabe wird die Pfandgebühr einbehalten. Mitzubringen sind von Ihnen nur die Schuhe (festes Schuhwerk mit hellen Sohlen).
- ▶ Das Tragen von Schmuck (Ringe, Ketten, große Ohringe, Piercing) ist verboten. Künstliche Fingernägel dürfen nicht getragen werden, ebenso ist das Aufbringen von Nagellack untersagt (gilt nicht für Praktika im Verwaltungsbereich).
- ▶ Das Rauchen ist im gesamten Klinikgelände nicht erwünscht.
- ▶ Bei Ausfall durch Krankheit etc. melden Sie sich bitte unverzüglich in Ihrem Einsatzbereich.
- ▶ Alle Informationen über Patienten und deren Daten unterliegen der Schweigepflicht. Diese besteht auch nach Beendigung des Praktikums weiter fort!
- ▶ Sollten Sie für die Dauer des Praktikums eine Parkberechtigung für das Parkhaus benötigen, wenden Sie sich bitte selbstständig an unseren Betriebsrat im Haus Weisker.
- ▶ Erhebungsbogen Infektionsgefährdung
Ich wurde belehrt, dass die Teilnahme am Praktikum eine erhöhte Infektionsgefährdung darstellt. Der auf dem beiliegenden Erhebungsbogen angegebene Impfstatus sollte daher vollständig sein. *

Über die oben genannten Punkte wurde ich belehrt.

Datum:

Unterschrift Praktikant:

.....

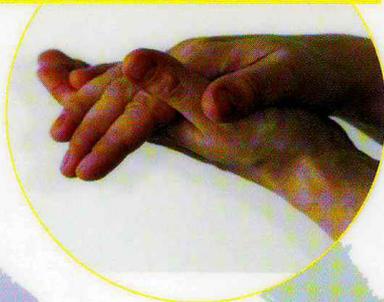
.....

* Diese Punkte gelten nicht bei Praktika im Verwaltungsbereich.

Einreibemethoden für Ihre Händedesinfektion



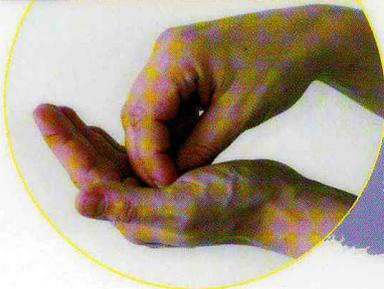
1 Desinfektionsmittel in die hohle, trockene Hand geben und die Handfläche der anderen Hand darüber legen. Dann beide Handflächen 5x gegeneinander reiben.



2 Linke Handfläche über rechten Handrücken legen und 5x kreisend bewegen. Anschliessend rechte Handfläche auf den linken Handrücken und Bewegung wiederholen.



6 Fingerkuppen der rechten Hand 5x in der linken Handfläche kreisend bewegen, dann gleiche Bewegung mit der linken Hand ausführen.



Hygienische Händedesinfektion:

Die Hygienische Händedesinfektion erfolgt mit einem **alkoholischen Händedesinfektionsmittel**. Waschen der Hände mit Wasser und Seife nur bei sichtbarer Verschmutzung!

Keine Ringe, keine Uhren, kurze unlackierte Fingernägel!

Das Händedesinfektionsmittel (3-5ml) **unverdünnt auf die trockene Handfläche** geben. Mindestens 30 Sekunden in 6 Schritten auf der Hand verreiben, um Benetzungslücken zu vermeiden (nach EURO-Norm 1500). Hände müssen während der Einreibzeit feucht sein!

3 Handfläche auf Handfläche legen und Finger beider Hände verschränken, wieder öffnen, verschränken, wieder öffnen (5x).



5 Mit der rechten Hand den linken Daumen umfassen und 5x kreisend einreiben, dann mit der linken Hand den rechten Daumen umfassen und gleiche Bewegung ausführen.



4 Mit den Händen Hakengriff einnehmen. Dann den Griff 5x hintereinander lockern und wieder einnehmen.



KEINE CHANCE DEN KRANKENHAUSINFEKTIONEN

Alle Informationen zu der "AKTION Saubere Hände" unter: www.aktion-sauberehaende.de



SRH Wald-Klinikum Gera
Personalabteilung
Straße des Friedens 122
07548 Gera

- Die Geschäftsführung -

Verpflichtung auf das Datengeheimnis sowie Wahrung des Patientengeheimnisses und die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften

Frau/ Herr
Tätigkeit / Personalnummer

Da Sie bei der Erfüllung Ihrer Arbeitsaufgabe Umgang mit personenbezogenen Daten, insbesondere auch Patientendaten haben, werden Sie zur Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verpflichtet. Außerdem werden Sie über die Wahrung des Patientengeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch) in Form eines Informationsblattes in Kenntnis gesetzt. Diese Pflichten bestehen auch nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses fort.

In Schulungen zum Datenschutz können Sie Ihre Kenntnisse zum Datenschutz vertiefen.

Personenbezogene Daten dürfen nur im Rahmen der Befugnisse des BDSG und der für Ihre Tätigkeit einschlägigen Spezialgesetze verarbeitet oder verwendet werden.

Im Weiteren sind die sonstigen bei der Tätigkeit zu beachtenden Vorschriften über den Datenschutz zu befolgen. Die internen Regelungen zu Datenschutz und Datensicherheit sind Bestandteil des Datenschutz- Handbuches, welches in den Sekretariaten der Kliniken und Abteilungen zur Einsichtnahme ausliegt.

Ein Verstoß gegen datenschutzrechtliche Vorschriften kann mit Geld- oder Freiheitsstrafe geahndet werden, wobei arbeitsrechtliche Maßnahmen nicht ausgeschlossen werden.

Eine Verletzung des Datengeheimnisses kann auch eine Verletzung des Patientengeheimnisses darstellen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich oben genannte Vereinbarung bzw. Richtlinien sowie das Merkblatt zum Datenschutz erhalten, gelesen und verstanden habe und mich an sie halten werde.

Gera, den

.....

Unterschrift des Verpflichteten

.....

Unterschrift des Verpflichtenden



SRH Wald-Klinikum Gera
Personalabteilung
Straße des Friedens 122
07548 Gera

**Erhebungsbogen Infektionsgefährdung
zur Weitergabe an den Hausarzt für die Bewerbung um ein Praktikum / eine Hospitation**

Für ein Praktikum / eine Hospitation im SRH Wald-Klinikum Gera ist der Impfschutz vollständig erforderlich. Bei unvollständigem Impfschutz kann das Praktikum / die Hospitation nicht angetreten werden.

Da die Praktikanten im Rahmen des Praktikums Kontakt zu Patienten haben, ist das SRH Wald-Klinikum Gera verpflichtet, den Immunstatus der Praktikanten zu überprüfen. Dafür ist auch der Nachweis des Impferfolges der Hepatitis-B-Impfung erforderlich (Bestimmung Anti-HBs). Diese Notwendigkeiten ergeben sich aus der Biostoffverordnung und dem Infektionsschutzgesetz.

Die für Impfungen und Blutabnahmen entstehenden Kosten sind grundsätzlich selbst zu tragen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob diese die Kosten gegebenenfalls übernimmt.

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Telefonnummer:

Praktikums-/ Hospitationsgrund:

Einsatzort im Klinikum:

Zeitraum:

Hiermit wird bestätigt, dass folgender Impfschutz vorliegt:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Grundimmunisierung Hepatitis B: vollständig Letzte Impfung am _____ Anti-HBs am _____ Wert: _____ IE/l (Diese Angabe ist zwingend erforderlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern Immunität besteht (vollständiger Impfstatus, Erkrankung) Positiver Antikörpernachweis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mumps Immunität besteht (vollständiger Impfstatus, Erkrankung) Positiver Antikörpernachweis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Röteln Immunität besteht (vollständiger Impfstatus, Erkrankung) Positiver Antikörpernachweis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Windpocken Immunität besteht (vollständiger Impfstatus, Erkrankung) Positiver Antikörpernachweis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift, Stempel Arzt