



**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