



(Bitte ausfüllen zur Vorlage im Personalmanagement vor Beginn des Einsatzes)

Fragen zur Einschätzung eventueller Gefährdungen für eine/n Praktikantin/en

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Folgende Impfungen **müssen** vorliegen:

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

1. Besteht eine chronische Erkrankung, z.B. Diabetes; Epilepsie; Immunschwäche; psychische Erkrankungen inklusive schwere ADHS-Symptomatik usw.?

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

Ja / Nein

Falls bei Frage 1./2./3. Ja bitte Kontaktaufnahme zur Arbeitsmedizin 0212/5472297

Praktikant/in erfüllt die Kriterien Ja / Nein

Unterschrift des behandelnden Hausarztes: _____

Datum: _____

Stempel: _____