



Praxis für Betriebsmedizin

Leitung: Ralf Brunner
Dr. (IM Temeschburg) Lotte Gal-Kiefer
Dr. med. Regina Guba-Albert

Assistenz M. Auer/K. Huber
D. Kühn/A. Meier
Telefon (0841) 880 1191/1192
Telefax (0841) 880 1199
E-Mail info-betriebsmedizin@
mvz-ingolstadt.de
Zeichen MVB
Datum **03.03.2015**

Erforderliche ärztliche Unterlagen für unbezahltes Praktikum/Famulatur

Einsatz geplant im Fachbereich: _____

Zur Vorlage vor Beginn des Praktikums/der Famulatur

(s. bitte Anlage Seite 2)

O Pflege / Physiotherapie / Ergotherapie / Hausreinigung / u. a.

- Ärztliches Attest
- Impfnachweis Hepatitis B

O Küche

- Gesundheitszeugnis § 43,42, Infektionsschutzgesetz
- Impfnachweis Hepatitis A
- Stuhlprobe (14 Tage vor Beginn beim Betriebsarzt/Klinikum Ingolstadt, Tel. 0841 880 1191)

O Hebammen/Geburtshilfe KF/ KK /PC 40, PC 52

- Ärztliches Attest
- Impfnachweis Hepatitis B + A + Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten

O Famulatur

- Bescheinigung nach § 15 *Biostoffverordnung* vom Arbeitsmediziner der Universität
- Impfnachweis Hepatitis B,
- nur bei Beschäftigung in der Frauenklinik, PC 40, PC 52 zusätzlich: Hepatitis A, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten !

Bitte Seite 1, geplanter Fachbereich, zwingend beachten!



Ärztliches Attest für unbezahltes Praktikum/Famulatur

Herr/Frau _____, geb. _____, ist körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Erkrankungen.

Impfnachweis

Zutreffendes bitte ankreuzen	JA	Nein
Hepatitis A		
Mindestens 1 Impfung ist durchgeführt Die zweite Impfung erfolgt am: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B		
Mindestens 2 Impfungen sind durchgeführt. Die 2. Impfung ist am _____.____ erfolgt (mindestens 2 Wochen vor Antritt des Praktikums oder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serologischer Schutznachweis liegt vor (Anti-HBs > 100 IE/l oder Anti-HBc positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masern/Mumps/Röteln		
Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serologischer Nachweis des Schutzes liegt vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Windpocken		
Mindestens 1 Impfung gegen Windpocken ist erfolgt 2. Impfung erfolgt am _____.____ oder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serologischer Nachweis eines Schutzes liegt vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuchhusten		
Mindestens 3 Impfungen sind erfolgt und	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffrischimpfung innerhalb d. vergangenen 10 Jahre oder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mikrobiologisch bestätigte Erkrankung innerhalb der vergangenen 10 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ort

Datum

Unterschrift /Stempel

Medizinisches Versorgungszentrum
Klinikum Ingolstadt GmbH
Levelingstraße 21 • 85049 Ingolstadt
Tel.: (08 41) 8 80-0 • Fax: (08 41) 8 80-10 80

Sparkasse Ingolstadt
BLZ 721 500 00 • Konto: 50 603 091
IBAN DE06 7215 0000 0050 6030 91
BIC BYLADEM1ING

E-Mail: info@klinikum-ingolstadt.de
Internet: www.klinikum-ingolstadt.de

Amtsgericht Ingolstadt • HRB 4341
Geschäftsführer: Heribert Fastenmeier