



## Praxis für Betriebsmedizin

Komm. Leitung:

Dr. med. Regina Guba-Albert

Dr. (IM Temeschburg) Lotte Gal-Kiefer

Telefon (0841) 880 1191/1192

Telefax (0841) 880 1199

E-Mail info-betriebsmedizin@

mvz-ingolstadt.de

Zeichen MVB

Datum

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

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

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

Amtsgericht Ingolstadt • HRB 4341  
Geschäftsführer: Dr. Andreas Tiete