



**KLINIKEN DES
LANDKREISES**
Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim

Praktikumserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ _____ Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Praktikum vom: _____ bis: _____

Über die Schweigepflicht wurde ich aufgeklärt, über Personal- und Händehygiene informiert (Infoblätter Homepage unterschrieben und gelesen).

Eine ansteckende Erkrankung liegt nicht vor.

Ich fühle mich gesund: o ja o nein

Ein ausreichender Impfschutz für Hepatitis B liegt vor: o ja o nein

Falls nein: Ich wurde über die Notwendigkeit einer Impfung informiert. Ich entscheide mich aber trotz aller Risiken gegen die Impfung.

Der Nachweis über eine Masern-Impfung (falls nach dem 31.12.1970 geboren) wird am ersten Praktikumstag mittels Impfausweis oder ärztlichem Attest erbracht. Aufgrund der Einführung der Masernimpfpflicht im Gesundheitswesen (§ 20 Abs. 8 IfSG) kann ohne Impfung kein Praktikum erfolgen.

Datum: _____

Unterschrift Praktikant*In: _____

Unterschrift Eltern (falls unter 18 Jahre) _____

Dieses Formular muss zwingend am ersten Praktikumstag vorgelegt werden.