

An den

Betriebsärztlicher Dienst Norddeutschland GmbH
am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 22
24105 Kiel

Arbeitsmedizinische Untersuchung im Praktischen Jahr für Externe Studierende

Auszufüllen vom Studierenden

1. Angaben zur Person

Name	
Vorname	
Ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon, E-Mail	
Klinik	
Fach des Tertials	

Auszufüllen vom Betriebsarzt ihrer Heimatuniversität, einem Arbeitsmediziner oder Ihrem Hausarzt

2. Angaben zum Impf- und Serostatus

	Befund	Datum
Hepatitis B	Anti-HBs >100 mIE/ml :	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Falls nein, Anti-HBc:	<input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv
	Falls Anti-HBc positiv, HBV-DNA:	<input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> _____
Hepatitis C	Anti-HCV	<input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv
	Falls Anti-HCV positiv, HCV-RNA:	<input type="radio"/> _____
HIV	Anti-HIV	<input type="radio"/> Negativ <input type="radio"/> positiv
	Falls Anti-HIV positiv, HIV-RNA:	<input type="radio"/> _____
Masern	<input type="radio"/> 2 Impfungen oder mindestens 1 Impfung im Erwachsenenalter <input type="radio"/> Serologischer Schutznachweis liegt vor	
Mumps	<input type="radio"/> 2 Impfungen oder mindestens 1 Impfung im Erwachsenenalter <input type="radio"/> Serologischer Schutznachweis liegt vor	
Röteln	<input type="radio"/> 2 Impfungen oder mindestens 1 Impfung im Erwachsenenalter <input type="radio"/> Serologischer Schutznachweis liegt vor	
Varizellen	<input type="radio"/> 2 Impfungen <input type="radio"/> Serologischer Schutznachweis liegt vor <input type="radio"/> anamnestisch sicher durchgemacht	
Pertussis	<input type="radio"/> Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre	

Auszufüllen vom Betriebsarzt der Heimatuniversität bzw. einem Arbeitsmediziner
NICHT DURCH DEN HAUSARZT MÖGLICH!

**3. Teilnahme an den Arbeitsmedizinischen Vorsorgen gemäß der Verordnung zur
Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)**

Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung	<input type="radio"/> teilgenommen <input type="radio"/> nicht teilgenommen
Feuchtarbeit	<input type="radio"/> teilgenommen <input type="radio"/> nicht teilgenommen

Hinweis: Ein vollständiger Impfschutz gemäß aktueller STIKO sollte vorliegen und kann ggf. beim Hausarzt vervollständigt werden.

Ort, Datum

Stempel des Arztes, Unterschrift

Auszufüllen vom Studierenden

4. Allgemeine Krankheitsvorgeschichte

Erkrankungen	nein	ja	Jahr	Nähere Beschreibung der Erkrankung
Augen(bitte auch Kurzsichtigkeit / Weitsichtigkeit angeben)				
Ohren(z.B. Operationen, Chronische Mittelohrentzündungen o.ä.)				
Mund/Nase/Rachen(z.B. Operationen)				
Atemwege/Lungen(z.B. Asthma, Lungenentzündung, Operationen o.ä.)				
Herz(z.B. Herzinfarkt)				
Kreislauf(z.B. Blutdruckveränderungen, Gefäßverkalkungen, Herzkranzgefäßverengung, Migräne)				
Nerven/Psyche/Anfallsleiden(z.B. Depressionen, Zwangsstörungen, Essstörung, Epilepsie u.a.)				
Magen/Darm (z.B. Operationen, chron. Geschwüre, Gastritis, M. Crohn, Colitis ulcerosa)				
Leber/Galle/Bauchspeicheldrüse				
Nieren/Harnwege				
Gynäkologische Erkrankung				
Hernien (Leistenbruch)				
Stütz- und Bewegungsapparat(z.B. Knochenbruch, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenerkrankung, Bänderriss u.ä.)				
Haut(z.B. Ekzeme, Schuppenflechte, Neurodermitis u.ä.)				
Allergien(bitte angeben welche Allergien vorliegen)				
Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung)				
Schwere Infektionskrankheiten(z.B. Hepatitis, Tuberkulose, Malaria u.a.)				
Bluterkrankungen				

Auszufüllen vom Studierenden

Erkrankungen	nein	ja	Jahr	Nähere Beschreibung der Erkrankung
bösartige Erkrankungen (Krebserkrankungen)				
Krankenhausaufenthalte/Operationen (Gründe der Krankenhausaufenthalte, welche Operationen mit Jahresangaben)				

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: (auch Antibabypille)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Alkohol:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 1-2x/wöchentlich <input type="checkbox"/> 1-2x/Monat <input type="checkbox"/> seltener
Rauchen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was und wie viel:	<input type="checkbox"/> Ex-Raucher:
Suchtkrankheit (Alkohol-, Drogen- oder Medikamente):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche

Ich versichere, dass alle Angaben richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Studierenden

Auszufüllen vom Studierenden

Einverständniserklärung und Mitteilungspflicht

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die **Eignungsbeurteilung** (ausgenommen Befunde und Diagnosen) an das Dekanat der CAU zu Kiel und von dort aus ggf. an die PJ-Verantwortlichen des UKSH und der Akademischen Lehrkrankenhäuser / Lehrpraxen der Christian-Albrechts-Universität weitergeleitet wird. Mit der Weiterleitung des Impf- und Serostatus nach §23a Infektionsschutzgesetz (IfsG) bin ich einverstanden.

Ich verpflichte mich hiermit, mich mit dem/der Fachvertreter/in und dem/der PJ-Koordinator/in der Klinik/des Lehrkrankenhauses der CAU in Verbindung zu setzen, in der/dem ich eingesetzt bin, sollte aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nur eine eingeschränkte Eignung vorliegen.* Mir ist bewusst, dass die Nichterfüllung der in den Formularen genannten Auflagen zum sofortigen Verlust meines Platzes führen kann.

Name, Vorname, geb.

Datum

Unterschrift

* Formulare und Informationen zum weiteren Vorgehen werden bei eingeschränkter Eignung automatisch vom Dekanat an die/den Studierenden geschickt.

Vom Betriebsärztlichen Dienst des UKSH zur Weiterleitung an das Dekanat der Medizinischen Fakultät der CAU

Ich bestätige, dass der/die Studierende _____

von der Heimatuniversität _____ alle Unterlagen

vollständig eingereicht hat.

Er/Sie ist für den Einsatz im PJ gesundheitlich

- geeignet
- nicht geeignet
- unter folgender Voraussetzung geeignet:

Kiel,

Stempel, Unterschrift des Arztes