

An

Betriebsärztlicher Dienst Norddeutschland GmbH
Osterweide 8
23562 Lübeck

Die Bearbeitung erfolgt ausschließlich bei Vollständigkeit der geforderten Befunde und Angaben.

*Bei schwerwiegenden gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Einsatzfähigkeit, wenden Sie sich bitte **vor** Zusendung der Unterlagen zur Beratung an den Betriebsarzt Ihrer Heimatuniversität.*

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 | |
| Heimatuniversität | |
| Lehrkrankenhaus/Lehrpraxis der CAU | |
| Fach des Tertials | |

Auszufüllen vom Betriebsarzt ihrer Heimatuniversität, einem Arbeitsmediziner oder Ihrem Hausarzt

2. Angaben zum Impf- und Serostatus

Die Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein!

| | Befund | | Datum |
|-------------|---|--|-------|
| Hepatitis B | Anti-HBs >100 mIE/ml : | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| | Falls nein, Anti-HBc: (nicht älter als 12 Monate) | <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv | |
| | Falls Anti-HBc positiv, HBV-DNA: (nicht älter als 12 Monate) | <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> _____ | |
| Hepatitis C | Anti-HCV (nicht älter als 12 Monate) | <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv | |
| | Falls Anti-HCV positiv, HCV-RNA: (nicht älter als 12 Monate) | <input type="radio"/> _____ | |
| HIV | Anti-HIV (nicht älter als 12 Monate) | <input type="radio"/> Negativ <input type="radio"/> positiv | |
| | Falls Anti-HIV positiv, HIV-RNA: (nicht älter als 12 Monate) | <input type="radio"/> _____ | |
| Masern | <input type="radio"/> 2 Impfungen <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 | | |

 Ort, Datum

 Stempel des Arztes, Unterschrift

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

Hinweis:

Es können ebenfalls Kopien der Vorsorgen Ihrer Heimatuniversität eingereicht werden. In diesem Fall muss dieser Bogen nicht ausgefüllt werden.

Bitte achten Sie unbedingt auf Vollständigkeit der geforderten Vorsorgen!

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 zur Weiterleitung an das Dekanat der Medizinischen Fakultät der CAU

Auszufüllen vom Studierenden:

Name: _____

Vorname: _____

Heimatuniversität: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen und Jahresangabe ergänzen:

Verteilung: Mai 20____ / November 20____ / 20____

Tertial: 1. Tertial / 2. Tertial / 3. Tertial

Vom Betriebsärztlichen Dienst auszufüllen:

Ich bestätige, dass der/die o.g. Studierende alle Unterlagen vollständig eingereicht hat.

Er/Sie ist für den Einsatz im PJ gesundheitlich

- geeignet
- nicht geeignet
- unter folgender Voraussetzung geeignet:
 - Eignung Masernschutz:
 - geeignet
 - nicht geeignet

Lübeck,

Stempel, Unterschrift des Arztes