

INFORMATIONSBLATT
FÜR EIN ~~SCHULPRAKTIKUM~~/ PRAKTIKUM IM RAHMEN EINER
PSYCHOLOGISCHEN AUSBILDUNG
AN DER CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Sehr geehrte Damen und Herren,

demnächst werden Sie im Rahmen eines Schulpraktikums bzw. im Rahmen Ihrer psychologischen Ausbildung als Gast an der Charité - Universitätsmedizin Berlin tätig werden.

Für den **praktischen Einsatz im Krankenhaus** ist zur Vermeidung einer individuellen Ansteckung aber auch zum Schutze der empfänglichen (u.U. immunsupprimierte) Patienten, ein **Nachweis über die erfolgten** (von der STIKO empfohlenen) **Standardimpfungen** gegenüber impfpräventablen, luftübertragbaren Erkrankungen **Voraussetzung**.

Es handelt sich um **folgende Impfungen**:

- Eine **zweimalige** Impfung gegen **Masern, Mumps und Röteln (MMR)** als Kind oder Jugendlicher oder wenn Sie als Kind/Jugendlicher nicht oder nur einmal gegen MMR geimpft worden sind eine einmalige Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln als Erwachsener.
- Eine **zweimalige** Impfung gegen **Windpocken** als Kind oder Jugendlicher.
Auch wenn Sie als Kind oder Jugendlicher nicht gegen Varizellen geimpft worden sind, aber die Erkrankung durchgemacht haben, wird ein Antikörpernachweis benötigt.
- Abgeschlossene Grundimmunisierung gegen **Tetanus, Diphtherie, Pertussis** und **Poliomyelitis** sowie eine kombinierte **Auffrischimpfung** gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis **innerhalb der letzten 10 Jahre**.

Bitte lassen Sie Ihren Impfstatus bei **Ihrem Kinderarzt / Hausarzt** überprüfen und holen etwaige ausstehende **Standardimpfungen** nach, **bevor** Sie Ihre Bewerbungsunterlagen einreichen.

Als **Voraussetzung** für **eine Tätigkeitsaufnahme** sind nachfolgend genannte **Unterlagen** bis spätestens 4 Wochen **vor Aufnahme** Ihres Einsatzes beim GB Personal **vorzulegen**:

- **1. Hausärztliche Bescheinigung** über die vollständige Immunisierung nach STIKO, sowie die gesundheitliche Eignung (Bescheinigung anbei).
- **1. A Bzw. bei Verlust des Impfdokumentes:** Nachweis über die bereits erfolgte Grundimmunisierung gegen MMR (2x als Kind / 1x als Erwachsener) und mindestens eine Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis, sowie eine hausärztliche Bescheinigung, dass eine Grundimmunisierung vervollständigt wird.
- **2. Varizellen – Antikörpernachweis (Windpocken - Serologie).**

Die aufgeführten Unterlagen reichen Sie bitte bei der zuständigen Sachbearbeitung des Geschäftsbereiches Personal/Personalbetreuung – Team B7B /B7C mit dem Vermerk „**Impf- und Serostatus**“ ein.

Sie können die Unterlagen gern per E-Mail übermitteln:
birgit.voitl@charite.de oder **ulf.lissewski@charite.de**

Oder auf Wunsch in einem verschlossenen Umschlag an:

Charité
Universitätsmedizin Berlin
Geschäftsbereich Personal
Personalbetreuung / Team B7B / B7C
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

HAUSÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Zur Vorlage vor Beginn eines praktischen Einsatzes im Krankenhaus

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit der von der STIKO vorgegebenen Standardimpfungen

für

.....
Vorname

.....
Name

.....
Geburtsdatum

- Es erfolgten mindestens **zwei MMR-Impfungen** in der Kindheit/im Jugendalter bzw. mindestens eine MMR Impfung im Erwachsenenalter.
- Eine **Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis** wurde abgeschlossen und es erfolgte eine kombinierte **Boosterimpfung** gegen Tetanus, Diphtherie und **Pertussis** innerhalb der letzten 10 Jahre.

.....
Datum

.....
Unterschrift / Stempel

- Es erfolgte eine Immunisierung gegen **Varizellen** bzw. die Erkrankung wurde in der Vergangenheit durchgemacht. Ein **Laborbefund** über einen **positiven Varizellen - Antikörpernachweis** ist beigefügt (zwingend erforderlich!).

Zweimalige Impfung erfolgte

Zweimalige Impfung erfolgte nicht

.....
Datum Unterschrift / Stempel

.....
Datum Unterschrift / Stempel

- Es bestehen keine Hinweise für **ansteckende Infektionserkrankungen oder Suchterkrankungen**, so dass die/der o.G. für einen praktischen Einsatz im Krankenhaus gesundheitlich **nicht ungeeignet** ist.

.....
Datum Unterschrift / Stempel

Aufgrund von **bestehender Kontraindikationen** konnte für:

.....
Vorname

.....
Name

.....
Geburtsdatum

auch bis zum heutigen Tage **keine Impfung** gegen unten aufgeführte Erkrankungen durchgeführt werden:

.....
Datum Unterschrift / Stempel

Erkrankungen