

Ärztliche Bescheinigung für Student*innen der Humanmedizin der Universität Oldenburg

Zur Vorlage bei den betriebsärztlichen Diensten der Kooperationskrankenhäuser in
Oldenburg **vor** Beginn der Tätigkeit

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

Angaben zur Person

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon, E-Mail	

Einverständniserklärung und Mitteilungspflicht

Hiermit entbinde ich die Betriebsärzt*innen der Kooperationskrankenhäuser in Oldenburg gegenüber den Personalabteilungen der Kooperationskrankenhäuser von der Ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass die Eignungsbeurteilung (ausgenommen Befunde / Diagnosen) der Betriebsärztin / des Betriebsarztes sowie mein Impf- und Serostatus nach § 23a Infektionsschutzgesetz an die Personalabteilungen weitergeleitet wird.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift Student*in

Impf- und Serostatus

	Befund		Wann
Hepatitis B (dringend empfohlen)	☐ 3 Impfungen (Grundimmunisierung) ☐ Nachimpfung Anti-HBs > 100 IU / ml	☐ ja ☐ nein	
Hepatitis A (empfohlen)	☐ 2 Impfungen <i>oder</i> ☐ Serologischer Schutznachweis		
Masern (Pflicht)	☐ 2 Impfungen <i>oder</i> ☐ Serologischer Schutznachweis liegt vor		
Mumps (empfohlen)	☐ 2 Impfungen		
Röteln (dringend empfohlen)	☐ 2 Impfungen <i>oder</i> (bei Männern eine Impfung) ☐ Serologischer Schutznachweis liegt vor		
Varizellen (dringend empfohlen)	☐ 2 Impfungen <i>oder</i> ☐ Serologischer Schutznachweis liegt vor <i>oder</i> ☐ Erkrankung sicher durchgemacht		
Pertussis (dringend empfohlen)	☐ Impfung (in Kombination mit Tetanus und Diphtherie und ggf. Polio) innerhalb der letzten 10 Jahre		
Influenza (empfohlen)	☐ Impfschutz (jährlich, letzte Impfung)		

Bei operativen / invasiven Tätigkeiten zusätzlich:

Hepatitis C	Anti-HCV	☐ negativ ☐ positiv	
-------------	----------	--	--

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / Ärztin, Stempel