



Gesundheitsfragebogen für Praktikant/ innen / Hospitant/ innen

Vorname Nachname	
Geboren am	
Einrichtung / Abteilung	
Beschäftigt als Praktikant/in	von: _____ bis: _____

Leiden Sie unter Allergien?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen beim Heben und Tragen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Sind Sie Hepatitis B geimpft?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Masern/ Mumps/ Röteln(erforderlich bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Sonstige Impfungen (z.B. Covid)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Zudem wird im pflegerischen Bereich ein Schutz gegen Hepatitis A empfohlen (2 Impfungen)		

Sollten Sie nicht geimpft sein, bzw. keine Immunität ausweisen, empfehlen wir Ihnen, sich vorbeugend beim Hausarzt schutzimpfen zu lassen.

Tetanus- und Diphtherie-Impfung sollte bestehen (nach 10 Jahren ist jeweils eine Auffrischung beim Hausarzt nötig).

Datum: _____

Unterschrift: _____