

## Fragebogen für neu einzustellende Beschäftigte (m/w/d) zum Impfstatus gegen Masern und COVID-19

Seite 1

Liebe Bewerberin, lieber Bewerber,

als Krankenhaus unterliegen wir besonders strengen Auflagen zur Hygiene und der Gesetzgeber verlangt von unseren Beschäftigten, egal, wo ihr Einsatz erfolgt, einen Immunschutz gegen COVID-19 und gegen Masern.

Wir begrüßen diese gesetzlichen Regelungen ausdrücklich, werden uns schließlich täglich Patientinnen und Patienten, die den vulnerablen Personenkreisen angehören, anvertraut.

Wir sind berechtigt, den Impf- und Serostatus unserer Beschäftigten und von allen, die es werden wollen, abzufragen. Hiervon abhängig ist es, ob wir Sie einstellen dürfen und wollen.

Deshalb bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen:

### Personalien:

---

Name und Vorname

---

Bewerbung als

---

geplantes Eintrittsdatum

- Unbefristetes Arbeitsverhältnis
- Befristetes Arbeitsverhältnis bis \_\_\_\_\_

**Bitte Seite 2 ausfüllen!**

**Fragebogen für neu einzustellende Beschäftigte (m/w/d)**  
zum Impfstatus gegen Masern und COVID-19

**Seite 2**

**1. Masern**

- Ich bin vor dem 01.01.1971 geboren.  
Es ist kein weiterer Nachweis erforderlich.
- Ich wurde gegen Masern geimpft  
Vorlage des **Impfstatusweises** oder **Bestätigung eines Arztes**
- Liegt vor und wurde nachgewiesen
- Wird vorgelegt am: \_\_\_\_\_  
Handzeichen Vorgesetzter

**2. COVID-19**

- Ich verfüge über Vollschutz  
Vorlage des Impfnachweises \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Impfung Handzeichen Vorgesetzter
- Ich verfüge zusätzlich über eine Booster-Impfung (Vorlage des Impfnachweises)
- Ja \_\_\_\_\_  
Datum der Booster-Impfung Handzeichen Vorgesetzter
- Nein
- Ich bin genesen und besitze nachgewiesenen Vollschutz bis zum \_\_\_\_\_  
Handzeichen Vorgesetzter
- Ich habe noch keinen Impfschutz, werde diesen aber noch  
bis zum **15.03.2022** erlangen
- Ich werde bis zum 15.03.2022 **keinen Impfschutz** erlangen
- Ich verfüge über einen **medizinischen Grund** nicht geimpft zu sein
- Das Attest füge ich in der Anlage bei, ich bin mit einer betriebsärztlichen  
Untersuchung und ggf.  
einer Weiterleitung meiner Daten an das Gesundheitsamt einverstanden.
- Das Attest reiche ich bis zum \_\_\_\_\_ in der Personalabteilung ein, ich bin mit  
einer  
betriebsärztlichen Untersuchung und ggf. einer Weiterleitung meiner Daten an das  
Gesundheitsamt einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers