

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