

Ärztliche Bescheinigung für Tätigkeiten in der Rems-Murr-Kliniken gGmbH

Angaben zur Person

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße / Haus-Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Tätigkeit	Einsatz
<input type="checkbox"/> Ferienhilfe	<input checked="" type="checkbox"/> Mit Patientenkontakt, im Labor, im Reinigungs-/Transportdienst
<input checked="" type="checkbox"/> Praktikum	<input type="checkbox"/> Mit Umgang von Lebensmitteln
<input type="checkbox"/> Famulatur	<input checked="" type="checkbox"/> Mit Umgang von Kindern (Kinderklinik, Geburtshilfe)
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Bei Bewerbern unter 18 Jahren ist eine Bescheinigung nach JArbSchG* erforderlich: Ja Nein

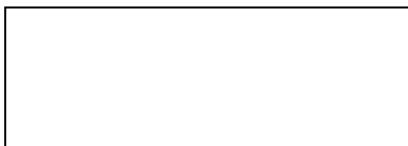
Gesundheitliche Voraussetzungen des Bewerbers**

Vom Arzt auszufüllen

		Ja	Nein
Grundsätzliche Eignung für die vorgesehene Tätigkeit und frei von ansteckenden Krankheiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei folgenden Tätigkeiten sind zusätzlich folgende Voraussetzungen notwendig:			
Für Tätigkeiten mit Patientenkontakt, im Labor, im Reinigungs- und Transportdienst	Hepatitis B Impfschutz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Tätigkeiten im Umgang mit Lebensmitteln	Hepatitis A Immunität bzw. Impfschutz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stuhlprobe frei von pathogenen Keimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Tätigkeiten im Umgang mit Kindern	Masern/Mumps/Röteln/Varizellen Immunität bzw. Impfschutz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Nicht erforderlich, wenn es sich bei der Beschäftigung um leichte Arbeiten handelt, von denen keine gesundheitlichen Nachteile für den Jugendlichen zu befürchten sind und die Beschäftigung geringfügig ist, bzw. nicht länger als zwei Monate dauert.

**Sollte bereits eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach G42 innerhalb der letzten drei Jahre erfolgt sein, genügt auch die Vorlage dieser Bescheinigung.



Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes