

Medizinische Fakultät

Verpflichtung zur Vorlage gesundheitsrelevanter Daten beim Betriebsärztlichen Dienst

Name: _____ Vorname: _____

Partneruniversität: _____

Hiermit verpflichte ich mich, einen ausreichenden Impfschutz nachzuweisen und vor Aufnahme meiner klinisch-praktischen Tätigkeit im Rahmen des ERASMUS-Mobilitätsprogramms folgende aktuelle Nachweise beim Betriebsärztlichen Dienst der HHU Düsseldorf vorzulegen:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Impfausweis | <input type="checkbox"/> |
| Anti-HBs-Antikörper | <input type="checkbox"/> |
| Anti-HBc-Antikörper | <input type="checkbox"/> |
| Anti-HCV-Antikörper | <input type="checkbox"/> |
| Masern IgG | <input type="checkbox"/> |
| Varizellen IgG | <input type="checkbox"/> |
| Roentgenbild der Lunge | <input type="checkbox"/> |

Es wird empfohlen, den eigenen HIV-Antikörperstatus zu kennen.

Ort: Betriebsärztlicher Dienst, UKD-Gelände, Gebäude 14.95

HINWEIS: Bitte nehmen Sie zur betriebsärztlichen Untersuchung die auszufüllende Einverständniserklärung (Betriebsärztlicher Dienst) mit. Diese finden Sie unter:
<http://www.medizinstudium.uni-duesseldorf.de/studium/klinik/Dokumente/Einverstaendiserklaerung>

Um rechtzeitig vor Antritt einen Termin beim Betriebsärztlichen Dienst zu bekommen, teile ich spätestens 6 Wochen vor der geplanten Aufnahme meiner klinisch-praktischen Tätigkeit dem Studiendekanat Medizin (international.studiendekanat@uni-duesseldorf.de) meinen genauen Ankunftsstermin mit.

Außerdem verpflichte ich mich zur Teilnahme an der **Pflichtveranstaltung „Arbeitsschutz“**, die in der ersten Semesterwoche stattfinden wird.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Studierenden: _____