**Anmeldeformular**

Sehr geehrte Schulleitung, liebe Auszubildenden!

Vielen Dank für Ihr Interesse an einem Praktikum auf einer interdisziplinären Station in unserem Haus. Aus organisatorischen Gründen würden wir vorab einige Informationen von Ihnen benötigen.

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Telefonnummer: |  |
| Emailadresse: |  |
| Ausbildungsstätte: |  |
| Ausbildungsstand (inkl. Jahr).  |  |
| Praktikumszeitraum: (inkl. der zu leistenden Stunden) |  |
| Unterkunft erforderlich | * Ja
* Nein
 |
| Welche Dienstzeiten sind erlaubt? | * 8er
* 10er
* 12er
* Nachtdienst
 |
| Gibt es bereits Lernziele? |
| Gibt es Freiwünsche? (Teilen Sie uns bitte Ihre Freiwünsche ca. einem Monat vor Praktikumsbeginn per Mail (an die zugeteilte Station) mit, damit ein Dienstplan für Sie angefertigt werden kann. Ansonsten erfolgt die Dienstplangestaltung bei Praktikumsbeginn. |
| Verpflichtend ist ein Immunitätsnachweis vorab zu übermitteln. Bitte senden Sie den beiliegende Erklärung unterschrieben mit dem Anmeldeformular retour! |

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

Vielen Dank

Mit freundlichen Grüßen

DGKP Birgit Haunschmid, MAS

& die Praxiskoordination

****

**Erklärung der/des Auszubildendes:**

Bitte beachten Sie, dass mangels ärztlichen Nachweises der geforderten Immunitäten (Hepatitis B, Masern, Diphterie, Covid19) die/der Auszubildende nicht zur Teilnahme an Lehrveranstaltungen im klinischen Bereich der Klinik Diakonissen Schladming zugelassen wird.

Mit Unterfertigung dieses Schreibens stimmt die/der Auszubildende zu, dass die Klinik Diakonissen Schladming sämtliche personenbezogene Daten im Zusammenhang mit der Erbringung des Immunitätsnachweises zum Zwecke der Überprüfung des Vorliegens der geforderten Immunitäten bis zum Wegfall dieses Zweckes intern speichert und verarbeitet, wobei diese Zustimmung jederzeit widerrufen werden kann.

Die/der Auszubildende nimmt zur Kenntnis, dass die Klinik Diakonissen Schladming keinerlei Haftung für etwaige Studienzeitenverzögerungen sowie gesundheitliche oder sonstige Schäden übernimmt, die aus der Unterlassung der Erbringung des Immunitätsnachweises bzw. der Vornahme von Impfungen bei der/dem Auszubildenden entstehen. Die/der Auszubildende hält die Klinik Diakonissen Schladming betreffend allfälliger, daraus resultierender Ansprüche durch Dritte vollkommen schad- und klaglos.

 **Datum Unterschrift**