

Einrichtung / Klinik

## Kurzhospitalation

(Einsatz einer Hospitantin / eines Hospitanten bis max. 14 Tage)

### Daten zur Person

Herr  Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon (freiwillig)

Staatsangehörigkeit

E-Mail

### Daten zum Einsatz

Bereich:

Zeitraum

von:

bis:

(maximal 14 Tage)

Für folgende Räume ist eine Zugangsberechtigung oder ein Schlüssel erforderlich:

Gebäude, Stockwerk, Raum-Nr.

Anzahl Schlüssel/Transponder:

Nummern:

Ein hausärztliches Attest über den Gesundheitszustand  ist beigefügt

Wenn der Hospitant für die Dauer der Hospitalation eine Aufwandsentschädigung an die Einrichtung entrichten muss, sind folgende Angaben erforderlich:

Höhe der Aufwandsentschädigung: \_\_\_\_\_ €

Vereinnahmung auf folgendem Drittmittelkonto: \_\_\_\_\_

**Bei ausländischen Hospitanten sind die aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen zu beachten!**

Kopie Pass

Datum

Unterschrift Leiter/in Klinikum, Abteilung, Institution

### Erklärung der Hospitantin / des Hospitanten

Ich bin heute darüber belehrt worden, dass:

- ▶ ich für die Dauer der Tätigkeit keine Ansprüche auf Vergütung oder Sachbezugswerte habe,
- ▶ ich den Anweisungen des zuständigen Klinikpersonals Folge zu leisten habe und über alle Vorgänge, die mir im Zusammenhang mit meinem Einsatz am Universitätsklinikum Freiburg bekannt werden - auch nach meinem Ausscheiden - Stillschweigen zu bewahren habe,
- ▶ ich die Unfallverhütungsvorschriften zu beachten habe,
- ▶ ich die oben aufgeführten und mir ausgehändigten Schlüssel und Transponder nicht an unbefugte Dritte weitergeben darf und ich diese nach Beendigung der Tätigkeit unaufgefordert im Verwaltungsreferat zurückzugeben habe.
- ▶ Darüber hinaus bestätige ich, keine Patientennamen und -daten zu erheben (schriftlich zu erfassen oder zu fotografieren). Auch werde ich keine Fotos oder Filme von Patienten, von Mitarbeitern oder dem Universitätsklinikum anfertigen, auch nicht, wenn die Person auf den Bildern nicht erkennbar ist, weil es sich etwa um Aufnahmen während einer Operation handelt.

Die Hinweise zum Datengeheimnis und zur EDV-Nutzung am Klinikum auf der Rückseite dieses Formulars habe ich zur Kenntnis genommen und werde sie beachten. Eine Kopie dieser Hinweise wurde mir ausgehändigt.

Datum

Unterschrift Hospitant/in

## Kurzhospitation

(Einsatz einer Hospitantin / eines Hospitanten bis max. 14 Tage)

### Hinweis zum Datengeheimnis und zur EDV-Nutzung am Klinikum gemäß Landesdatenschutzgesetz (LDSG) in der jeweils geltenden Fassung

**Gemäß § 6 LDSG** ist es untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu verarbeiten, bekanntzugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu verwenden (Datengeheimnis).

Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort.

Verstöße gegen das Datengeheimnis, ggf. nach den § 40 und § 41 LDSG und anderen einschlägigen Rechtsvorschriften, können mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden; eine disziplinarrechtliche Verfolgung wird hierdurch nicht ausgeschlossen. Eine Verletzung des Datengeheimnisses stellt in den meisten Fällen gleichzeitig eine Verletzung der Amtsverschwiegenheit bzw. einen Verstoß gegen die arbeitsvertragliche Schweigepflicht dar, auch kann in ihr zugleich eine Verletzung spezieller Geheimhaltungspflichten liegen.

Der Volltext der folgenden Gesetze

- ▶ Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg,
- ▶ Landesdatenschutzgesetz Baden-Württemberg,
- ▶ Bundesdatenschutzgesetz sowie
- ▶ der Wortlaut des § 203 Strafgesetzbuch

kann in der Abteilung Personaladministration oder beim Datenschutzbeauftragten des Klinikums eingesehen oder angefordert werden.

### EDV-Nutzung

Ich verpflichte mich, die vom Universitätsklinikum Freiburg zur Verfügung gestellten Dienste ausschließlich für dienstliche/wissenschaftliche Zwecke zu nutzen. Die ungeschützte Übermittlung von personenbezogenen Daten über das Internet ist verboten, da der Schutz der Vertraulichkeit von Informationen während der Übermittlung im Internet nicht gewährleistet ist. Eine unbemerkte Kenntnisnahme durch Unbefugte sowie ggf. die Manipulation der übermittelten Informationen ist möglich.

Ich erkläre hiermit, dass ich die Bestimmungen des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG), die spezifischen Datenschutzbestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG), die weiteren Bestimmungen zum gesetzlichen Datenschutz, sowie die Datenschutzregelung Nr. 7 (Datenschutzhandbuch des Universitätsklinikums Freiburg) bei der Nutzung der Dienste gewissenhaft beachte.

## Kurzhospitalation

(Einsatz einer Hospitantin / eines Hospitanten bis max. 14 Tage)

### Ärztliches Attest von Hausärzt\*in für Hospitant\*innen des Universitätsklinikums Freiburg

Für eine Kurzhospitalation am Universitätsklinikum Freiburg benötigen Sie nachfolgende Impfnachweise sowie Angaben zu Ihrem Gesundheitsstatus. Hierzu vereinbaren Sie bitte einen Termin bei Ihrem Hausarzt bzw. Ihrer Hausärztin. Das Attest ist rechtzeitig vor Hospitationsbeginn der Einsatzstelle vorzulegen.

Herr  Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

### Erforderliche Impfungen

#### Tetanus / Diphtherie / Pertussis / Polio

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus                 | Impfung nicht älter als 10 Jahre       |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie              | Impfung nicht älter als 10 Jahre       |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten) | Impfung nicht älter als 10 Jahre       |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung)   | komplette Grundimmunisierung vorhanden |

#### Masern/Mumps/Röteln

- mindestens zwei Impfungen bei nach 1970 Geborenen  
 oder serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern, Mumps, Röteln liegt vor

#### Windpocken

- serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Windpocken liegt vor  
 zwei Impfungen sind erfolgt  
 durchgemachte Erkrankung

#### Hepatitis B

- |  |                                    |              |
|--|------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> drei Impfungen sind erfolgt   | Impfungen nicht älter als 10 Jahre |              |
| <input type="checkbox"/> zwei Impfungen sind erfolgt   | 2. Impfung nicht älter als 1 Jahr  | Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> oder serologischer Nachweis des Schutzes gegen Hepatitis B (anti-HBs > 100 U/l) |                                    |              |

#### Hepatitis A

- |  |                                  |              |
|--|----------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> zwei Impfungen sind erfolgt         | Impfung nicht älter als 15 Jahre |              |
| <input type="checkbox"/> mindestens eine Impfung ist erfolgt | Impfung nicht älter als 2 Jahre  | Datum: _____ |

### Gesundheitsstatus

#### Bestätigung der/des behandelnden Ärzt\*in

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_ körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Krankheiten ist und die vorgenannten Impfungen regelrecht durchgeführt worden sind. Anamnestisch und klinisch bestehen keine Hinweise auf das Vorliegen einer Hepatitis-B/-/C- oder Tuberkuloseerkrankung.

Datum

ärztliche Unterschrift und Stempel

Telefon