

An den

Arbeitsmedizinischen Dienst
des UKM
Domagkstr. 28
48149 Münster

Arbeitsmedizinischer Dienst
Dr. med. Frank Martin
Leitender Arzt

Uta Helkamp
Stv. leitende Ärztin
Domagkstraße 28
48149 Münster

T+49(0)251-83-56081

F+49(0)251-83-55051

Vermittlung: T+49(0)251-83-0

www.ukmuenster.de

Laborwerte-Befundbogen zum Infektionsschutz

Seite 1: Bitte lassen Sie diesen Bogen von Ihrem behandelnden Arzt oder aktuellen Betriebsarzt ausfüllen und senden die Unterlagen an:

betriebsarzt-pj@medizin.uni-muenster.de

1.) Name, Vorname:	Geb. Datum
--------------------	------------

2.) Angaben zur Untersuchung

Parameter	Befund	Datum
Anti-HBs	(mIE/ml)	vom:
Keine vorliegende Hepatitis-B Grundimmunisierung oder Anti-HBs <100 mIE/ml: Anti-HBc	Neg. ☐ Pos. ☐	vom:
Bei pos. Anti-HBc: HBs Ag	Neg. ☐ Pos. ☐	vom:
Anti HCV (max. 2 Jahre alt)	Neg. ☐ Pos. ☐	vom:
Anti HIV (falls vorhanden)	Neg. ☐ Pos. ☐	vom:

Masern/ Mumps/ Röteln	
Dokumentation von zwei erfolgten MMR Impfungen?	Ja ☐ Nein ☐
Antikörnernachweis Röteln mit Datum *	
Varizellen	
Krankheit anamnestisch sicher durchgemacht	Ja ☐ Nein ☐
Dokumentation von zwei erfolgten Impfungen	Ja ☐ Nein ☐
Antikörnernachweis mit Datum *	

* nur wenn vorhanden

Hinweis: Ein vollständiger Impfschutz der empfohlenen Standardimpfungen des Erwachsenenalters sollte vorliegen oder kann ggf. beim Hausarzt vervollständigt werden. STIKO/RKI (Epidem. Bulletin z.B. Ausgabe 2/2020)

Ort, Datum

Stempel des Arztes, Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an uns zurück!

Arbeitsmedizinischer Dienst

Anamnesebogen für externe PJ´ler

Seite 2: Zum Ausfüllen von dem bzw. der Studierenden

Name, Vorname		Geb. Datum	
Straße		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefonnummer	
Wahlfach			
Zeitraum an den Lehrkrankenhäusern der Uni Münster	_____ Tertiale von _____ bis _____		

Wesentliche Vorerkrankungen

	nein	ja	Jahr	ergänzende Anmerkungen
Herz-Kreislauf-System	☐	☐		
Atemwege/Lunge	☐	☐		
Bauchorgane/Stoffwechsel	☐	☐		
Wirbelsäule/Gelenke	☐	☐		
Haut	☐	☐		
Nervensystem und Psyche	☐	☐		
Operationen	☐	☐		
Schwerbehinderung	☐	☐		
Allergien	☐	☐		
Haben Sie derzeit gesundheitliche Beschwerden? Welche?	☐	☐		

Probleme mit Handschuhen/Desinfektionsmitteln: ☐ Ja ☐ Nein

Medikamente-sonst/Anamnese

	nein	ja	Jahr	ergänzende Anmerkungen
Regelmäßige Medikamente	☐	☐		
Stichverletzungen	☐	☐		

Besteht bei Ihnen ein arbeitsmedizinischer Beratungsbedarf zu Ihren Tätigkeiten als Studierende / Studierender / PJ´ler?

☐ ja ☐ nein

Ort und Datum

Unterschrift des / der Studierenden

Bitte senden Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zu uns zurück!