

Anhang zum Lehrvertrag

Stand der Impfungen von Lernenden der Berufe *Medizinische/r Praxisassistent/in & Dentalassistent/in*

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse: Ort:

Im Beruf, den Sie gewählt haben, werden Sie regelmässig mit Patienten in Kontakt kommen. Dabei setzen Sie sich dem Risiko aus, sich mit gewissen Erregern anzustecken oder diese zu übertragen, gegen die man vorbeugen kann.

Ihr zukünftiger Ausbildungsverantwortlicher hat Sie über die Unfall- und Ansteckungsgefahren, die Ihr Beruf mit sich bringt, informiert und Sie über die Sicherheitsempfehlungen, namentlich was Impfungen angeht, aufgeklärt.

Impfungen

Folgende Impfungen werden verlangt und empfohlen:

- **Hepatitis B** (3 Dosen und Kontrolle der Immunantwort anti-HBs > 100 U/L 1 bis 2 Monate nach der 3. Injektion)
- **Diphtherie-Tetanus** (3 Grunddosen oder Auffrischung alle 10 Jahre)
- **Varizellen** (Anamnese oder positive Serologie, andernfalls Impfung, 2 Dosen)
- **Röteln** (positive Serologie oder 2 Impfdosen, eine Anamnese gilt bei Röteln nicht als zuverlässig)

Der Mantoux-Test (bzw. der Gamma-Interferon-Test, QuantiFERON-TB oder T SPOT.TB) ist nur für jene Personen systematisch und regelmässig vorzunehmen, die einem relativ hohen Risiko ausgesetzt sind, mit Tuberkulose-Patienten in Kontakt zu kommen; dies in Stationen oder Praxen, die eine grosse Zahl solcher Patienten aufnehmen.

Lassen Sie sich von Ihrem behandelnden Arzt einen Termin geben, damit der Ihren Impfausweis vervollständigen und seine Unterschrift geben kann.

Ich bin korrekt geimpft und habe folgende Impfungen auffrischen lassen:

Hepatitis B

DiTe

Varizellen

Röteln

Ich werde folgende Impfungen vornehmen oder auffrischen:

Hepatitis B

DiTe

Varizellen

Röteln

Ich werde die Serologie für folgende Impfungen nachprüfen lassen:

Hepatitis B

Varizellen

Röteln

Ich bin mir der Verantwortung bewusst und lehne die zu Beginn der Ausbildung empfohlenen Impfungen und Tests ab. Ich trage damit die vollsten Konsequenzen einer möglichen Ansteckung bei der Ausübung meiner Arbeit.

Ort und Datum:.....

Eltern, gesetzlicher Vertreter
oder der volljährige Lernende

Behandelnder Arzt
(Stempel & Unterschrift)

Ausbildungsverantwortlicher
(Stempel & Unterschrift)