

# Bewerbungsbogen für Praktikant\*innen im Pflegedienst

Bitte  
Lichtbild  
oder Foto  
einfügen

Hiermit bewerbe ich mich für ein Praktikum im Pflegedienst des Brüderkrankenhauses  
für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im Rahmen eines \_\_\_\_\_

Upload - digital

Orientierungspraktikums (z.B. Schulpraktikum etc.):

Pflichtpraktikums (z.B. für ein Medizinstudium, Fachweiterbildung etc.):

Geschlecht: männlich weiblich divers

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Religionszugehörigkeit:

## Anschrift und Kontaktdaten

Straße und Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail:

Telefon:

Kontaktdaten eines  Erziehungsberechtigten (bei minderjährigen Bewerbern) oder  alternative Anschrift:

Name:

Vorname:

Straße und Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail:

Telefon:

Derzeitige Tätigkeit:

Schüler, Jahrgangsstufe:

Student, Fachsemester:

Studiengang:

Berufstätig, bei

Nicht berufstätig

Kontaktdaten  der Schule  der Hochschule  des derzeitigen Arbeitgebers:

Ansprechpartner:

Straße und Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail:

Telefon:

Bestehen Erkrankungen, die die vorgesehene Tätigkeit erschweren, behindern oder ausschließen könnten?

ja  nein

Warum bewerben Sie sich im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier? (stichwortartig, max. 250 Zeichen)

Haben Sie Wünsche bezüglich Ihres Einsatzortes?

Ich bin damit einverstanden, dass mich das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder unter der angegebenen E-Mail-Adresse kontaktiert (bspw. zu Hinweisen auf Ausbildungsplätze oder Stellen).

Widerruf: Ihre Einwilligung zum Erhalt von E-Mails durch das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier können Sie jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf erfolgt die Löschung Ihrer E-Mail-Adresse aus dem Verteiler.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie von den beigefügten "Merkblatt Datenschutz" Kenntnis genommen haben und erklären sich gleichermaßen bereit, die Vorgaben einzuhalten.

Bitte füllen Sie zusätzlich die beigefügten Beiblätter auf den Folgeseiten vollständig aus. Ohne vollständig ausgefülltes Beiblatt zum Impfschutz gegen Masern ist ein Praktikum grundsätzlich nicht möglich.

Name:  
Vorname:

Einsatzzeitraum: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Dienstkleidung

Für die Dauer des Praktikums wird Ihnen Dienstkleidung leihweise gestellt. Sie können die zentrale Wäscheausgabe nutzen. Dazu erhalten Sie eine Servicekarte, die wir Ihnen für die Dauer Ihres Praktikums kostenlos zur Verfügung stellen. Für die Karte ist ein Pfand in Höhe von 20,- € in bar am ersten Praktikumsstag zu hinterlegen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bei minderjährigen Bewerber\*innen zusätzlich Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten:** Bitte senden Sie uns diesen Bewerbungsbogen unterschrieben zurück. Alternativ zum Post- oder Faxversand können Sie uns den Bewerbungsbogen als Scan per E-Mail an [praktikum.bkt@bbtgruppe.de](mailto:praktikum.bkt@bbtgruppe.de) zusenden.

# ERKLÄRUNG ZUR NACHWEISPFLICHT EINES BESTEHENDEN MASERNSCHUTZES

Nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) sind ab dem 01. März 2020 Dienstgeber in u.a. Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten, Arztpraxen, weiteren Praxen, z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Diätassistenten, etc. und in Kinder-/Jugendeinrichtungen verpflichtet, von allen **nach dem 31. Dezember 1970 geborenen Personen** (Mitarbeitende, Ehrenamtliche, Praktikanten einschließlich Hospitanten) den Masernimpf- oder Immunstatus zu erfragen. Die Nachweispflicht gilt auch, wenn diese Personen keinen direkten Kontakt zu Patientinnen und Patienten haben.

Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können, sind von den Regelungen ausgenommen (§ 20 Absatz 8 Satz 4 IfSG). Diese Kontraindikation muss ärztlich bestätigt werden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Einrichtung/Abteilung

**Hiermit erhalten Sie den folgenden Nachweis, den ich schriftlich bestätige (bitte ankreuzen):**

<b>Masernschutz</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<i>Impfschutz</i> <b>Eine ärztliche Bescheinigung</b> (z. B. über Hausarzt) über einen gültigen Impfausweis, aus dem hervorgeht, dass 2 Masern-Impfungen erfolgt sind.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>oder</i> <b>Eine ärztliche Bescheinigung</b> darüber, dass Impfschutz oder ausreichende Immunität gegen Masern vorliegt.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>oder</i> <b>Eine ärztliche Bescheinigung</b> darüber, dass eine medizinische Kontraindikation vorliegt.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweis:** Personen, die keinen ausreichenden Nachweis erbringen, dürfen in den betroffenen Einrichtungen nicht tätig werden. Der Nachweis (Impfausweis oder ärztliche Bescheinigung) ist dem Betriebsarzt bei der Einstellungsuntersuchung vorzulegen.

Ort, Datum

Unterschrift

## Nachweispflicht eines bestehenden Masernschutzes für Minderjährige

Hat die Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so hat derjenige für die Einhaltung der Nachweispflicht zu sorgen, dem die Sorge für diese Person zusteht (Erziehungsberechtigte/r). Die gleiche Verpflichtung trifft die Betreuerin bzw. den Betreuer, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtung zu ihrem/seinem Aufgabenkreis gehört. **Der Nachweis wird mit nachfolgender Unterschrift bestätigt:**

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertretungsberechtigten



**Krankenhaus der  
Barmherzigen Brüder Trier**

# Merkblatt Datenschutz

Bitte lesen Sie dieses Merkblatt sorgfältig durch.

1. Die Kirchliche Datenschutzregelung der Ordensgemeinschaft päpstlichen Rechts (KDR-OG) sowie sämtliche sonstigen Gesetze und Regelungen zur Verschwiegenheit gelten für alle Mitarbeitenden und alle ehrenamtlich Tätigen (Praktikum, BFD, FSJ, Grüne Damen und Herren und Vergleichbares) in unserer Einrichtung.
2. Allein die Tatsache, dass sich ein Patient zur Diagnose oder Behandlung in unserer Einrichtung befindet, ist Dritten gegenüber zu verschweigen. Dies umfasst auch dessen Angehörige und sonstigen privaten Informationen. Um eine ungewollte Weitergabe der personenbezogenen Daten zu vermeiden, sollten Sie insbesondere folgende Punkte beachten:
  - Halten oder lagern Sie z. B. beim Transport die Patientenakten grundsätzlich so, dass Dritte die Namen von Patienten nicht erkennen können.
  - Achten Sie bei Gesprächen mit Patienten oder Angehörigen, Therapeuten, Pflegenden oder im therapeutischen Team stets darauf, dass Dritte nicht mithören können.
  - Verschließen Sie immer Räume, in denen sich Akten, EDV-Arbeitsplätze (auch Laptops oder Tablets) oder Kopiergeräte befinden, wenn sie diese nicht beaufsichtigen können.
  - Lassen Sie keine Akten oder digitale Geräte (z.B. bei der Visite) unbeaufsichtigt auf Fluren oder in Patientenzimmern liegen.
3. Bei der Bearbeitung von personenbezogenen Daten sollten Sie unbedingt berücksichtigen:
  - Der Zugriff auf Daten ist immer nur dann erlaubt, wenn er für Ihre Tätigkeit erforderlich ist. Umgedreht heißt das: Schauen Sie sich keine Daten an, die sie nicht für ihre Arbeit brauchen.
  - Sie sind stets verpflichtet, sich mit Ihrem eigenen Benutzernamen und Kennwort anzumelden. Das Nutzen eines fremden Zugangs (Vorgesetzte, Kollegen, Nachgeordnete) ist nicht gestattet. Melden Sie Ihr Benutzerkonto immer ab, wenn Sie den Arbeitsplatz nicht mehr beaufsichtigen können oder andere den Arbeitsplatz nutzen wollen.
  - Bedenken Sie, dass unsere Systeme immer im Hintergrund mitschreiben, wer bei einer Aktion angemeldet ist und wann diese stattgefunden hat. Die Zulässigkeit von Zugriffen auf personenbezogene Daten wird regelmäßig stichpunktartig überprüft.
4. Die Schweigepflicht (§ 203 StGB) gilt beispielsweise für alle Ärzte, Apotheker, Angehörige eines anderen Heilberufes, für Berufspsychologen und sonstige mitwirkende Personen im erforderlichen Umfang. Das unbefugte Offenbaren von schützenswerten personenbezogenen Daten wird unter Freiheitsstrafe oder Geldstrafe gestellt.
5. Patienten haben ein Recht auf Auskunft bezüglich ihrer gespeicherten Daten. Grundsätzlich geschieht das nur zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten. Sollen Dritte Informationen bekommen, muss die Einwilligung des Patienten vorliegen. Betreuern von Patienten darf nur Auskunft gegeben werden, wenn sie für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge bestellt worden sind.
6. Datenweitergabe per Telefon, Fax, Email:
  - Die Datenweitergabe per Telefon oder Fax ist nur erlaubt, wenn der Empfänger die Daten haben darf und wenn die Identität des Empfängers eindeutig richtig ist.
  - Die Weitergabe von Patienten per Email ist grundsätzlich nicht erlaubt. Ausnahmen: Emails im Extranet der BBT-Gruppe und wenn der Patient dies ausdrücklich (am besten schriftlich) einfordert. Im letzten Fall ist auf die Gefahren dieser Datenübermittlung hinzuweisen.
7. Nutzung von privaten Smartphones:
  - Bitte nutzen Sie ihr Privatgerät ausschließlich vor und nach dem Dienst oder in Ihren Pausen.
  - Bedenken Sie, dass die Nutzung im Dienst möglicherweise eine negative Außenwirkung auf Patienten und Besucher hat.
  - Machen Sie keine Fotos, Video- oder Tonaufnahmen in der Einrichtung, auf denen Personen eindeutig zu erkennen sind und unterlassen Sie zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz der Einrichtung unbedingt das Einstellen solcher Informationen in soziale Netzwerke.
8. Bitte melden Sie sämtliche Datenschutzverletzungen dem Datenschutzbeauftragten.

Mögliche Folgen eines Verstoßes gegen die geltenden Datenschutzvorschriften sind arbeitsrechtliche Folgen (Abmahnung, Kündigung), strafrechtliche Folgen (Geld- oder Freiheitsstrafe), zivilrechtliche Folgen (Schadensersatz, Schmerzensgeld) und berufsrechtliche Folgen (z.B. Entzug der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung).

Bei Fragen zum Datenschutz haben Sie die Möglichkeit, den Betrieblichen Datenschutzbeauftragten zu kontaktieren: Kristina Nadvornyj, Tel. 0651 208-981507, Email: datenschutz-trier@bbtgruppe.de