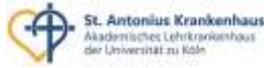


FB QM.6.39-7		<b>St. Antonius Krankenhaus, Köln</b>		
DO-Nr.	113	<b>Pflegedienst</b>		
Version	007	<b>Praktikumsvereinbarung</b>		
Seiten	Seite 1 von 1			

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Emailadresse: \_\_\_\_\_

Praktikum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in Station/ Bereich \_\_\_\_\_ / Etage \_\_\_\_\_ Telefonr.: \_\_\_\_\_

in Station/ Bereich \_\_\_\_\_ / Etage \_\_\_\_\_ Telefonr.: \_\_\_\_\_

- Schulpraktikum im Pflegedienst, 07:00 bis 15:00 Uhr, 1 Stunde Pause, von Mo- Fr.**
- Pflegepraktikum Dienstzeiten Stationen/NA F = 06:00- 14:30, S = 13:30 – 22:00 Uhr**
- Pflegepraktikum Dienstzeiten Intensiv F = 06:15 – 14:00, S = 13:30 – 21:15 Uhr**
- Jugendarbeitsschutzgesetz FD von 06:00 Uhr bis 14:42 Uhr, SD von 11:18 Uhr bis 20:00**
- Wochenenddienste**                       **keine Wochenenddienste**

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich nur Tätigkeiten ausübe, die im Tätigkeitskatalog aufgeführt sind. Vor Praktikumsbeginn wurde mir der Tätigkeitskatalog ausgehändigt.

Vor Praktikumsbeginn wurde ich über die möglichen Unfall- und Gesundheitsgefahren und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass folgende Impfungen für das Praktikum empfohlen werden: Hepatitis A-Virus, Hepatitis B-Virus, Mumpsvirus, Rubivirus.

**Ohne einen ausreichenden Masern- und Covid-19- Impfschutz ist ein Praktikum ausgeschlossen.**

Vor Praktikumsbeginn (**unmittelbar davor**) lege ich die ausgefüllte und unterschriebene Bescheinigung des Hausarztes vor, dass ich frei von ansteckenden Erkrankungen bin, sowie, dass ein ausreichender Impfschutz besteht. Mir ist bewusst, dass ohne das Attest des Hausarztes das Praktikum nicht durchgeführt werden kann.

Die Abgabe der Dienstkleidung erfolgt selbstständig im Keller (Etage 1K) im Wäschevorraum (letzte Türe auf der rechten Seite). Neue Kleidung kann nur montags und donnerstags von 12:30 bis 13:00 im Keller auf Etage 2K (Anmeldung bei Fr. Pink im Büro von KdA) abgeholt werden. Die Zeiten sind unbedingt zu beachten!

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s Praktikantin/en

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegedirektion

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift eines Erziehungsberechtigten