

Erklärung betreffend Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt / Betreuungspersonal von besonders gefährdeten Personen

Covid-19-Impfung am kantonalen Impfzentrum für Gesundheits- und Betreuungspersonal

1. Angaben zur Person

Vorname:

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Beruf:

2. Angaben zum Arbeitsort

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeheim | <input type="checkbox"/> Arztpraxis |
| <input type="checkbox"/> Spital: IPS/IMC, Covid-19-Station, Notaufnahme | <input type="checkbox"/> Zahnarztpraxis und DH |
| <input type="checkbox"/> Spital / Klinik: Übrige Stationen | <input type="checkbox"/> Ambulante Therapie/Behandlung
(Physio., Osteo., Chiro., med. Logo.,
Ergo., Podologie, med. Massage) |
| <input type="checkbox"/> Sozialmedizinische Institution mit hohem
Anteil an besonders gefährdeten Personen | <input type="checkbox"/> Hebammen ambulant |
| <input type="checkbox"/> Rettungs- und Transportsanitäter/in | <input type="checkbox"/> Apotheke |
| <input type="checkbox"/> Spitex | |
| <input type="checkbox"/> Andere, nämlich: | |

Name und Ort der Institution:

3. Angaben zur Tätigkeit

Bezeichnen Sie die Tätigkeit, bei der Sie regelmässig direkten Kontakt zu Patientinnen und Patienten beziehungsweise zu besonders gefährdeten Personen haben (Hinweis: Tätigkeiten im Bereich der Administration, des technischen Dienstes, der Reinigung usw. fallen in der Regel nicht darunter):

4. Bestätigung

- Bestätigung durch die Person selbst

Ich bestätige, selbst über eine Berufsausübungsbeurteilung nach kantonalem Gesundheitsgesetz zu verfügen und bei meiner Tätigkeit regelmässig direkten Kontakt zu Patientinnen und Patienten beziehungsweise zu besonders gefährdeten Personen zu haben.

Datum:

Unterschrift

- Bestätigung durch die Arbeitgeberin /
durch den Arbeitgeber

Wir bestätigen, dass wir über eine Betriebsbeurteilung nach kantonalem Gesundheitsgesetz verfügen und dass die oben genannte Person bei ihrer Tätigkeit bei uns regelmässig direkten Kontakt zu Patientinnen und Patienten beziehungsweise zu besonders gefährdeten Personen hat.

Datum:

Stempel und Unterschrift

Dieses Formular muss ausgefüllt und unterzeichnet zusammen mit einer Bestätigung der Betriebszugehörigkeit (z. B. Personalausweis) zur Erst-Impfung mitgebracht werden!