

## Gesundheitsfragebogen (Gesundheitszustand beim Eintritt ins Kispi)

Name .....	Vorname .....
Adresse .....	PLZ/Wohnort .....
Telefon-Nr. ....	Natel-Nr. ....
Geb.-Datum .....	Email: .....
Funktion .....	Eintritt am: .....
Abteilung .....	Pensum: .....

Körpergrösse: ..... cm / Gewicht: ..... kg konstant:  ja  nein

Fühlst du dich zum jetzigen Zeitpunkt gesund?  ja  nein

→ wenn nein, warum nicht? .....

Besteht möglicherweise eine Schwangerschaft?  ja  nein

→ In einem frühen Stadium dürfen keine Thoraxröntgenbilder und auch gewisse Impfungen nicht durchgeführt werden

Hast du **Varizellen (Windpocken)** durchgemacht?  ja  nein

Impfstatus gemäss Impfausweis → bitte lege eine Kopie des Impfausweises bei

Impfung	nicht geimpft	geimpft am (wann?)
DiTe		
Pertussis		
MMR (2 Impfungen)		
Hep B (3 Impfungen)		
Anti HBs-Titer (IE/I)		→ bitte lege eine Kopie des Nachweises bei
BCG		
Covid 19 (2 Impfungen oder Krankheit und Impfung)		

### Fragen im Zusammenhang mit möglichem **Blutkontakt**

Hast du eine Hepatitis (Gelbsucht) durchgemacht?  ja  nein

### Fragen im Zusammenhang mit **Tuberkulose**

Früherer Kontakt zu Personen mit offener Lungentuberkulose?  ja  nein  
wenn ja, wann ..... / wo .....

Hast du früher eine Tuberkulose durchgemacht?  ja  nein

Ist eine Therapie durchgeführt worden?  ja  nein

Wurde von dir je ein Thoraxröntgenbild angefertigt  ja  nein  
wenn ja, wann zum letzten Mal ..... / wo .....

Bist du in den letzten 5 Jahren infolge Krankheit, Unfall oder Operationen während mehr als zwei Wochen arbeitsunfähig gewesen?  ja  nein

Wann / Dauer?	Warum?

Bist du oder warst du in den letzten 5 Jahren in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wann / Dauer?	Warum?

Nimmst du regelmässig Medikamente ein?  ja  nein

Welche?	Warum?

Besteht eine Nikotin-, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit?  ja  nein

Welche?	Wieviel?	Seit wann?

Sind Allergien bekannt?  ja  nein

Welche?	Seit wann?	Dauer-Therapie?

Bestehen zum jetzigen Zeitpunkt Beschwerden irgendwelcher Art (Husten länger als 4 Wochen, Probleme der Haut, des Rückens, Kopfschmerzen, andere)?  ja  nein

Welche?	Seit wann?	In Behandlung?

Hast du schon einmal im Ostschweizer Kinderspital gearbeitet?  ja  nein

Wenn ja:	Von:	Bis:

- Ich bestätige die Vollständigkeit und die Wahrheitstreue der von mir gemachten Angaben und erkläre mich bereit, mich weitergehenden Abklärungen gemäss Standard Kispi-Eintritt (siehe Beilage) zu unterziehen.
- Die Verantwortung, dass der notwendige Impfschutz erreicht wird, liegt auch ohne Aufforderung bei mir.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich zur Entlastung des Kispi für Schäden, welche aufgrund meiner Unterlassung bzw. Falschdeklaration oder des Nichtbefolgens von im Standard Kispi vorgeschriebenen personalärztlichen Massnahmen entstehen, persönlich hafte.

Datum: ..... Unterschrift: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....  
(gesetzliche Vertretung bei

Minderjährigen)

Besten Dank für die Rücksendung des Fragebogens (inkl. Kopie des Impfausweises und Anti HBS-Titer-Nachweis) ans Human Resources oder direkt an den Personalärztlichen Dienst.

**Wichtig: Bitte Impfkarte zum Gespräch mit dem personalärztlichen Dienst mitbringen**