PHILIPP MELANCHTHON SCHULE

Private Berufsfachschule für Kinderpflege, Neubaustr. 40, 97070 Würzburg Tel: 0931/352750 Fax: 0931/3527533 Mail: sekretariat.pms@diakonie-wuerzburg.de

Bitte an Schule zurückschicken

Informationen zum Impfschutz

Für viele Praxisstellen ist ein vollständiger Impfschutz (gemäß Biostoffverordnung) genauso Voraussetzung für die Aufnahme von Praktikanten, wie für die Anstellung des Fachpersonals.

Ein vollständiger Impfschutz wird daher dringend empfohlen.
Dies dient zum einen der persönlichen Gesundheitsvorsorge, zum anderen hilft es die Verbreitung von Infektionskrankheiten über die Kindertagesstätte einzudämmen.

Mögliche Konsequenzen eines unzureichenden Impfschutzes sind:
- Krankheitsbedingte Fehlzeiten im Praktikum, die in unterrichtsfreien Zeiten nachzuholen sind
- Berufs- und Praktikumsverbot bei auftretender Schwangerschaft

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass bei nicht erbrachtem Impfschutz-Nachweis bzw. bei nicht ausreichendem Impfschutznachweis weder die Schule noch die Praxisstelle eine Haftung übernimmt.

Ab 01. März 2020 gilt für Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen das Masernschutzgesetz. Daher ist verbindlich (durch Impfausweis oder ärztliches Zeugnis) nachzuweisen, dass
- eine ausreichende Immunität gegen Masern bzw.
- ein Masern-Impfschutz (zwei Masernschutzimpfungen) besteht.

Hiermit bestätigen wir
- **von den oben genannten Konsequenzen zum Impfschutz-Nachweis und den Risiken bzw. Folgen eines unvollständigen Impfschutzes in Kenntnis gesetzt worden zu sein.**
- **den Haftungsausschluss gegenüber Schule und Praxisstelle.**
- **die Bestimmungen zum Masernschutzgesetz zur Kenntnis zu nehmen.**

_____
Ort, Datum Unterschrift der/des Schülerin/Schülers

_____
Ort, Datum Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

Ärztliches Attest

Hiermit wird bestätigt, dass die Schülerin/der Schüler

_____

☐ Frei von ansteckenden Krankheiten ist.

☐ Sie/Er ist physisch und psychisch für den Beruf der Kinderpflegerin/des Kinderpflegers geeignet.

☐ Eine ausreichende Immunität gegen Masern besteht.

☐ Ein vollständiger Masern-Impfschutz besteht.

Arzt-Stempel

_____
Ort, Datum Unterschrift Arzt