

Bewerbungsbogen für Praktikanten im Pflegedienst

Hier klicken,
um Foto
einzufügen

Hiermit bewerbe ich mich für ein Praktikum im Pflegedienst des Brüderkrankenhauses
für den Zeitraum vom _____ bis _____.

Grund des Praktikums:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> freiwilliges Praktikum | <input type="checkbox"/> Schulpraktikum |
| <input type="checkbox"/> Praktikum im Rahmen des Medizinstudiums | <input type="checkbox"/> Praktikum im Rahmen des Pflegestudiums |
| <input type="checkbox"/> Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann | <input type="checkbox"/> Ausbildung zum Sanitätshelfer*in |
| <input type="checkbox"/> Ausbildung zum Notfallsanitäter*in | |

Die nachstehenden Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß. Änderungen in einzelnen oder mehreren Punkten werde ich umgehend mitteilen.

Personenbezogene Angaben

Anrede: Herr Frau Divers

Vorname:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Nachname:

Geburtsort:

Religionszugehörigkeit:

Anschrift und Kontaktdaten

Straße:

Postleitzahl:

E-Mail:

Hausnummer:

Wohnort:

Telefon:

Kontakt Daten eines Erziehungsberechtigten (bei minderjährigen Bewerber*innen) oder
 alternative Anschrift:

Vorname:

Straße:

Postleitzahl:

E-Mail:

Nachname:

Hausnummer:

Wohnort:

Telefon:

Derzeitige Tätigkeit:

Schüler*in

Student*in

Berufstätig

Nicht berufstätig

Jahrgangsstufe:

Fachsemester:

Arbeitgeber:

Studiengang:

Kontaktdaten der Schule der Hochschule / Universität des derzeitigen Arbeitgebers:

Vorname:
Straße:
Postleitzahl:
E-Mail:

Nachname:
Hausnummer:
Wohnort:
Telefon:

Sonstiges

Bestehen Erkrankungen, welche 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?

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.

Vorname:

Nachname:

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 Praktikumstag zu hinterlegen.

Datum:

Unterschrift

Bei minderjährigen Bewerber*innen benötigen wir zusätzlich die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:

Datum:

Unterschrift

Hinweis: Bitte senden Sie uns diesen Bewerbungsbogen unterschrieben zu. Alternativ zum Post- oder Faxversand können Sie uns den Bewerbungsbogen als Scan per E-Mail an praktikum.bkt@bbtgruppe.de senden.

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):

Masernschutz

Impfschutz **Eine ärztliche Bescheinigung** (z. B. über Hausarzt) über einen gültigen Impfausweis, aus dem hervorgeht, dass 2 Masern-Impfungen erfolgt sind. Ja Nein

oder **Eine ärztliche Bescheinigung** darüber, dass Impfschutz oder ausreichende Immunität gegen Masern vorliegt. Ja Nein

oder **Eine ärztliche Bescheinigung** darüber, dass eine medizinische Kontraindikation vorliegt. Ja Nein

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 zur Verpflichtungserklärung und zum Datenschutz

Durch Ihre Unterschrift unter die Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Datengeheimnisses bei der Verarbeitung personenbezogener Daten erklären Sie, dass Sie

- über die wesentlichen Datenschutzgrundsätze informiert wurden,
- über die Folgen eines Verstoßes gegen die geltenden Vorschriften belehrt wurden und
- dass Sie die geltenden Regelungen sorgfältig einhalten werden.

Daher sollten Sie dieses Merkblatt sorgfältig durchlesen.

1. Die nachfolgenden Datenschutzgrundsätze gelten für **alle Mitarbeitenden und alle ehrenamtlich Tätigen sowie externen Dienstleister** (Praktikum, BFD, FSJ, Grüne Damen und Herren und Vergleichbares) in unseren Einrichtungen, unabhängig von der Dauer des Einsatzes.
2. Sinn und Zweck der Verpflichtungserklärung ist insbesondere der Schutz personenbezogener Daten von Patienten/Bewohnern und Mitarbeitenden der Einrichtungen durch geeignete Maßnahmen und Verhaltensweisen.
3. Bereits die Tatsache, dass sich ein Patient/ Bewohner zur Diagnose, Behandlung oder Pflege in einer unserer Einrichtungen befindet, ist Dritten gegenüber zu verschweigen. Ohne ausdrückliches Einverständnis des Patienten/Bewohners gilt die Verschwiegenheitspflicht auch gegenüber dessen Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen (Grundsatz der Vertraulichkeit).
4. **Um eine ungewollte Weitergabe personenbezogener Daten zu vermeiden, sollten Sie insbesondere folgende Punkte beachten:**
 - Halten oder lagern Sie z. B. beim Transport die Patientenakten oder andere Unterlagen, die Informationen über eine Person aufweisen, grundsätzlich so, dass Dritte die Namen von Patienten/Bewohnern nicht erkennen können.
 - Lassen Sie keine Akten oder digitalen Geräte (z. B. bei der Visite) unbeaufsichtigt auf Fluren oder in Patientenzimmern liegen oder stehen.
 - Achten Sie bei Gesprächen mit Patienten/Bewohnern oder Angehörigen, Therapeuten, Pflegenden oder im therapeutischen Team stets darauf, dass diese von außenstehenden Dritten nicht mitgehört werden.
 - Räume, in denen sich Akten, Gesundheitsdaten jeglicher Art, EDV-Arbeitsplätze (auch Laptops oder Tablets) oder Kopiergeräte befinden, sollten stets verschlossen gehalten werden, wenn sie diese nicht beaufsichtigen können.
 - Geben Sie nicht authentifizierten Personen und solchen ohne ein nachgewiesenes berechtigtes Interesse keine Auskunft über Patienten/Bewohner oder Mitarbeitende unserer Einrichtungen. Vergewissern Sie sich stets vor der Herausgabe jeglicher personenbezogener Daten von dessen Berechtigung. In Bedarfsfällen führen Sie eigenständig eine Interessenabwägung durch und entscheiden ob der Schutz personenbezogener Daten dem Auskunft- und Herausgabeinteresse weichen muss. In Zweifelsfällen halten Sie Absprache mit der Datenschutzbeauftragten der Einrichtung.
5. Bei der **digitalen Bearbeitung von personenbezogenen Daten (insbesondere ORBIS/PACS/M1/EPIAS u.A.)** sollten Sie unbedingt folgende Punkte berücksichtigen:
 - Der Zugriff auf personenbezogene Daten ist immer nur dann gestattet, wenn er **für Ihre Tätigkeit erforderlich** ist. Ihnen ist nicht gestattet sich Informationen zu Patienten/Bewohnern oder Mitarbeitenden außerhalb Ihres Tätigkeitsbereichs zu verschaffen. Dies gilt selbst in Bezug auf Ihre eigenen Angehörigen oder andere nahestehenden Personen, solange diese ihr ausdrückliches Einverständnis nicht erteilt haben.
 - 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.

6. **Datenweitergabe per Fax, Telefon und E-Mail (sichere Kommunikationswege):**
 - Eine Datenweitergabe ist grundsätzlich nur erlaubt, wenn sie rechtlich legitimiert ist oder der Patient/Bewohner/Mitarbeitende in diese eingewilligt hat.
 - Vor der Datenweitergabe muss sich von der Richtigkeit, Berechtigung und der Identität des Empfängers vergewissert werden.
 - Innerhalb der BBT-Gruppe ist der Datenaustausch per Email unbedenklich.
 - **Emails**, die das hauseigene Netzwerk verlassen, dürfen inhaltlich grundsätzlich keine personenbezogenen Daten aufweisen. **Ausnahme:** Der Patient/Bewohner/Mitarbeitende erteilt hierzu sein ausdrückliches Einverständnis. Zuvor ist dieser auf die Gefahr einer unsicheren Datenübermittlung hinzuweisen. Eine weitere datenschutzrechtlich genehmigte Art der Datenübermittlung per Email ist die vorherige Dokumentenverschlüsselung. Das Verschlüsselungsverfahren entnehmen Sie bitte einer gesonderten Prozessbeschreibung im Datenmanagementsystem (DMS).
7. Patienten/Bewohner haben ein **Recht auf Auskunft** bezüglich ihrer gespeicherten Daten. Grundsätzlich geschieht dies nur zwischen dem behandelnden Arzt, hilfsweise medizinischen Fachpersonal und dem Patienten. Sollen Dritte Informationen bekommen, muss die Einwilligung des Patienten/Bewohners vorliegen. Betreuern von Patienten/Bewohnern darf nur Auskunft erteilt werden, wenn sie für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge bestellt worden sind.
8. Sollten Patienten/Bewohner oder auch Mitarbeitende ihre ihnen im Übrigen **zustehenden Rechte** Ihnen gegenüber geltend machen (**Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung**), so haben Sie dies unverzüglich Ihrem Vorgesetzten bzw. dem Datenschutzbeauftragten der Einrichtung mitzuteilen. Es besteht eine Handlungsfrist, die nur eingehalten werden kann, wenn Sie unverzüglich reagieren.
9. **Meldepflichtige Ereignisse/Datenschutzverletzungen: Bitte zögern Sie nicht**
 - Bitte melden Sie sämtliche – auch vermeintlich „unerhebliche“ – Datenschutzverletzungen unverzüglich dem betrieblichen Datenschutzbeauftragten. Eine entsprechende Verfahrensanweisung zur Meldung von Datenschutzverletzungen entnehmen Sie bitte dem Extranet.
 - Eine „Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten“ ist eine Verletzung der Datensicherheit, die ob unbeabsichtigt oder unrechtmäßig, zur Vernichtung, zum Verlust, zur Veränderung, oder zur unbefugten Offenlegung von bzw. zum unbefugten Zugang zu personenbezogenen Daten führt.
 - Darüber hinaus tritt eine Verletzung der Sicherheit bereits ein, wenn ein unbefugter Zugang zu personenbezogenen Daten, z. B. durch den Verlust eines Datenträgers, möglich erscheint. Es ist nicht erforderlich, dass eine unbefugte Kenntnisnahme tatsächlich erfolgt. Eine Verletzung der Datensicherheit ist auch ohne Verschulden möglich. Die Definition umfasst ausdrücklich sowohl unbeabsichtigtes als auch gezieltes Handeln.
10. **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 den Personen oder personenbezogene Daten eindeutig zu erkennen sind und unterlassen Sie zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz der Einrichtung unbedingt das Einstellen solcher Informationen in soziale Netzwerke.
11. Auf **strafrechtliche Bestimmungen bei Verletzung des Datengeheimnisses** und sonstigen Verstößen wird ausdrücklich hingewiesen. Besonders hervorzuheben ist dabei § 203 StGB, der das unbefugte Offenbaren von schützenswerten personenbezogenen Daten bei bestimmten Berufsgruppen unter Strafe stellt.
12. Bei **vorsätzlichen Verstößen** gegen die hier aufgeführten Bestimmungen könnten neben strafrechtlichen (Freiheits- und Geldstrafe) auch dienstrechtliche und arbeitsrechtliche (Abmahnung, Kündigung) sowie zivilrechtliche (Schadensersatzanspruch) Konsequenzen auf Sie zukommen.

Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Datengeheimnisses bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, § 5 KDR-OG i.V.m. § 2 KDR-OG-DVO (EXTERN)

Mit dieser Erklärung werden Sie zur sorgfältigen Wahrung der geltenden Regelungen der KDR-OG und der sonstigen für Ihren Tätigkeitsbereich geltenden Datenschutzvorschriften in den jeweils geltenden Fassungen, insbesondere zur Wahrung des Datengeheimnisses, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten nach § 5 KDR-OG i.V.m. § 2 KDR-OG-DVO verpflichtet.

In diesem Zusammenhang ist es Ihnen untersagt, unbefugt personenbezogene Daten zu erheben, verarbeiten, nutzen oder Dritten zugänglich zu machen. Außerhalb der Einrichtung haben Sie über die zur Kenntnis gelangten personenbezogenen Daten von Patienten und Mitarbeitenden Stillschweigen zu bewahren.

Auch über die Dauer Ihrer Tätigkeit hinaus hat diese Verpflichtung Bestand.

Sie werden ausdrücklich darüber belehrt, dass eine Missachtung dieser Verpflichtung mit Freiheits- oder Geldstrafen gemäß § 51 Abs. 1, 3 KDR-OG und anderen Strafvorschriften sanktioniert werden kann. Insbesondere auf § 203 StGB wird hingewiesen. Alle geltenden Datenschutzbestimmungen und hausinternen Richtlinien entnehmen Sie dem beiliegenden **Merkblatt zum Datenschutz**.

Ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaf in: _____

Beschäftigungsstelle: _____

erkläre,

dass ich auf die für die Ausübung meiner Tätigkeit spezifisch geltenden Regelungen des kirchlichen Datenschutzes (KDR-OG) und im Übrigen auf die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen in der jeweils geltenden Fassung sowie auf die Möglichkeit der Einsichtnahme und Ausleihe dieser Texte hingewiesen wurde.

Über die notwendigen Pflichten und Verhaltensweisen zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß der KDR-OG wurde ich aufgeklärt und habe die entsprechenden Merkblätter erhalten.

Mir sind die Konsequenzen für den Fall der Zuwiderhandlung bewusst.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Verpflichteten