

**„Shadowing“**

**Gynäkologie und Geburtshilfe**

**Landeskrankenhaus Feldkirch**

Stand: 03.06.2023

**Antrag auf einen „Schnuppertag“ auf der Gynäkologie und Geburtshilfe am Landeskrankenhaus Feldkirch**

***(nachfolgend „Praktikum“ genannt)***

***Dieser Antrag ist schriftlich an die Ansprechperson (Dr. Theresa Jäger; theresa.jaeger@lkhf.at) zu retournieren!***

*Im vorliegenden Antrag wurde auf die Schreibweise „...Innen“ zugunsten der Lesbarkeit verzichtet. Selbstverständlich sind weibliche als auch männliche Personen gleichermaßen gemeint.*

**Personendaten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Name, Vorname:* |  | *Geburtsname:* |
| *Universität:* |  | *Matrikelnummer:* |
|  |  |  |
| *geboren am:* |  | *Geburtsort:* |
| *Soz.Vs.Nr.* |  | *Staatsbürgerschaft:* |
|  |  |  |
| *Anschrift:* |  | *Familienstand:* |
| *Telefon:* |  | *IBAN*: |  |
| *E-Mail:* |  | *BIC:* |  |
|  | Bei Änderungen in Ihren Bankdaten, dies bitte mindestens 2 Monate vor Antritt schriftlich bekannt zu geben. | |

**Daten zur Ausbildungsstätte oder zum Arbeitgeber:**

|  |  |
| --- | --- |
| *derzeitiger Dienstgeber bzw. Ausbildungsstätte:* |  |
| *Ausbildung zum:* |  |

**Unterlagen beiliegend:**

* Kopie Reisepass bzw. Personalausweis
* Studentenausweis
* Impfnachweis
* Unterzeichnete Anlagen:

./1 Verschwiegenheitspflicht, Verhalten gegenüber Patienten, Datengeheimnis

./2 Datenschutzerklärung des Praktikumswerbers

./3 Impfnachweis der Vorarlberger Landeskrankenhäuser

**Verschwiegenheitspflicht, Verhalten Anlage./1**

**gegenüber Patienten, Datengeheimnis**

Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß Anstaltsordnung Abschnitt 9 „Verhaltensregeln für die Bediensteten“ wie folgt belehrt wurde:

**Verschwiegenheitspflicht**

1. Alle im Krankenhaus beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich auf alle die Krankheit betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die den Bediensteten in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind.

2. Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich ferner auf alle Angelegenheiten, die den im Krankenhaus beschäftigten, in Ausbildung stehenden oder zur Dienstleistung zur Verfügung gestellten Personen (z.B. Ferialpraktikanten, Zivildiener) in Ausübung ihres Dienstes bzw. bei der Ausbildung bekannt geworden und als vertraulich bezeichnet wurden oder deren Geheimhaltung im Interesse des Krankenhauses geboten ist.

3. Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch im Ruhestand sowie nach der Auflösung des Dienstverhältnisses oder Beendigung des Praktikums unverändert fort.

4. Verstöße gegen die Verschwiegenheitspflicht sind jedenfalls als schwere Verletzung der Dienstpflichten iSd § 90 Landesbedienstetengesetz 2000 (Entlassung aus dem Dienstverhältnis) zu werten und als solche zu behandeln.

**Verhalten gegenüber Patienten**

1. Alle im Krankenhaus beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen haben sich gegenüber Patienten rücksichtsvoll, hilfsbereit und höflich zu verhalten. Das geistig-seelische und das körperliche Wohlbefinden der Patienten soll gefördert werden. Die Privatsphäre der Patienten ist zu wahren (Artikel 9 der Patientencharta).

2. Die Krankenhausbediensteten dürfen aus Anlass der Anstaltsbehandlung von Patienten oder deren Angehörigen keine Geschenke oder ähnliche Zuwendungen annehmen. Es ist ihnen untersagt, von Patienten Geld oder sonstige Gegenstände zu entleihen oder an Patienten zu borgen.

3. Entgelte für Leistungen und Waren dürfen nur auf Rechnung von der Verwaltung eingehoben werden. Ohne Zustimmung der Krankenhausleitung ist es den Bediensteten des Krankenhauses verboten, auf eigene Rechnung an Patienten irgendwelche Waren zu verkaufen.

4. Während des Aufenthaltes im Krankenhausbereich hat sich jeder Bedienstete so zu verhalten, dass das Wohlbefinden der Patienten und der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt werden. Weiters ist während des Aufenthaltes im Krankenhaus die Hausordnung einzuhalten und jede unnötige Lärmverursachung zu unterlassen.

**Datengeheimnis**

Mir ist bekannt, dass

1. die personenbezogenen Daten natürlicher wie juristischer Personen einem besonderen Schutz unterliegen und die Verwendung solcher Daten nur unter besonderen Voraussetzungen zulässig ist;
2. personenbezogene Daten, die mir auf Grund meiner beruflichen Beschäftigung anvertraut oder zugänglich gemacht wurden, nur auf Grund einer ausdrücklichen Anordnung des jeweiligen Vorgesetzten übermittelt werden dürfen;
3. es untersagt ist, Daten an unbefugte Empfänger innerhalb und außerhalb des Unternehmens zu übermitteln oder sonst zugänglich zu machen;
4. es untersagt ist, sich unbefugt Daten zu beschaffen oder zu verarbeiten;
5. es untersagt ist, personenbezogene Daten zu einem anderen als dem zum rechtmäßigen Aufgabenvollzug gehörenden Zweck zu verarbeiten;
6. anvertraute Benutzerkennwörter, Passwörter und sonstige Zugangsberechtigungen sorgfältig verwahrt und geheim zu halten sind;
7. allfällige weiterreichende andere Bestimmungen über die Geheimhaltungspflichten ebenfalls zu beachten sind;
8. diese Verpflichtung auch nach Beendigung meiner Tätigkeit und nach Beendigung des Dienstverhältnisses mit dem Land Vorarlberg fortbesteht.

Verstöße gegen diese Verpflichtungen können mit Geld- und/oder Freiheitsstrafe geahndet werden. Ein Verstoß kann zugleich eine Verletzung von arbeitsvertraglichen Pflichten oder spezieller Geheimhaltungspflichten darstellen. Auch (zivilrechtliche) Schadenersatzansprüche können sich aus schuldhaften Verstößen gegen diese Verpflichtungen ergeben. Die sich aus dem Arbeits- bzw. Dienstvertrag oder gesonderten Vereinbarungen ergebende Vertraulichkeitsverpflichtung wird durch diese Erklärung nicht berührt.

Ich verpflichte mich, das Datenschutzrecht zu wahren, insbesondere § 6 Datenschutzgesetz 2000 (idF DS-ApG), einschließlich entsprechender betrieblicher Anordnungen.

|  |
| --- |
| Datum, Praktikumswerber |

**Datenschutzerklärung Anlage./2**

**Informationen zur Datenverarbeitung nach Art 13 und 14 DSGVO**

**Zweck der Verwendung der Daten**

Alle im Antragsformular angegebenen Daten (Anmeldung, Versicherung, Abrechnung, etc.) werden innerhalb der Vorarlberger Krankenhausbetriebs Gesellschaft mbH (nachfolgend „KHBG“) und die dazugehörigen Vorarlberger Landeskrankenhäuser zur Abwicklung des Praktikums verwendet.

Nach Absolvierung des Praktikums behalten wir uns jedoch das Recht vor, Ihre Daten/Unterlagen weiterhin in Evidenz zu halten, um Sie über offene Stellen in unserem Unternehmen zu informieren.

Kategorien von Empfängern:

Ihre Daten werden ausschließlich von den Mitarbeitern der Personalabteilungen und den/der zuständigen Person(en) der entsprechenden Abteilung verwendet. Die Vorarlberger Krankenhausbetriebs Gesellschaft mbH verpflichtet sich, die genannten Daten ohne Ihre Zustimmung nicht an Dritte weiterzugeben.

**Rechtsgrundlage**

Schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen werden bei der Verwendung (also jede Art der Handhabung von Daten, sowohl das Verarbeiten als auch das Übermitteln) von nicht sensiblen Daten nicht verletzt, wenn die betroffene Person in die Verwendung eingewilligt hat oder diese zur Vertragserfüllung erforderlich ist (Art. 6 Abs 1 lit. a) und b) EU-DSGVO). Die Verarbeitung von besonders geschützten personenbezogenen Daten, wie z.B. die rassische oder ethnische Herkunft, die religiöse oder weltanschauliche Überzeugung oder Gesundheitsdaten etc. ist nach den Ausnahmebestimmungen des Art 9 Abs 2 lit. a bzw. lit. h DSGVO durch Ihre ausdrückliche Einwilligung oder für die Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder der Arbeitsmedizin jedenfalls zulässig.

**Dauer der Datenspeicherung/Datenlöschung**

Ihre Daten werden 12 Monaten nach Absolvierung des Praktikums von uns gelöscht.

**Rechte der betroffenen Personen**

Gerne weisen wir Sie darauf hin, dass Sie hinsichtlich Ihrer personenbezogenen Daten ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung haben. Weiters weisen wir darauf hin, dass die Zustimmung der Datenverarbeitung jederzeit widerrufen werden kann.

Überdies haben Sie gem. Art. 77 DSGVO das Recht, die österreichische Datenschutzbehörde (Barichgasse 40-42, 1030 Wien, E-Mail dsb@dsb.gv.at) zu kontaktieren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Verantwortlichen nicht rechtmäßig erfolgt.

**Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges.m.b.H., Carinagasse 41, 6800 Feldkirch

Für weitere Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten steht Ihnen gerne unsere Datenschutzbeauftragte

Frau Mag. Michaela Müller

E-Mail: datenschutz@vlkh.net

Tel. Nr. 05522 / 303 DW 5005

zur Verfügung.

**Zustimmungserklärung:**

**Mit Unterzeichnung der Datenschutzerklärung bestätigt der/die PraktikumswerberIn die Informationen über die Datenverarbeitung gelesen und verstanden zu haben und stimmt der Verwendung der Daten – wie oben angeführt – ausdrücklich zu. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, Praktikumswerber | Datum, Erziehungsberechtigte  wenn Praktikumswerber unter 18 Jahre |

Sehr geehrte Bewerberin, **Anlage./3**

Sehr geehrter Bewerber,

entsprechend den Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit ist für alle Mitarbeiter, Praktikanten, Famulanten, KPJ-Studenten und Fremdfirmen-Mitarbeiter in Gesundheitsberufen folgender Impfschutz als Einstellungsvoraussetzung in den Vorarlberger Landeskrankenhäusern notwendig:

Rechtzeitig **vor** Dienst- bzw. Praktikumsbeginn ist **der Nachweis der Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR) und Windpocken** nachzuweisen.

Die Nachweise gelten als erbracht bei:

**MASERN-MUMPS-RÖTELN:**

* Nachgewiesener zweimaliger Impfung gegen diese Erkrankungen (gestempelter Impfpass!)

ODER

* Positivem Antikörper Titer (Masern, Mumps, Röteln)

Es muss nur bei der Impfung der Antikörpertiter nachgewiesen werden, bei welcher keine 2-malige Impfung dokumentiert wurde!

**VARICELLEN (WINDPOCKEN, SCHAFBLATTERN):**

Glaubhafte Angabe von durchgemachter Windpockenerkrankung

ODER

* Bei zweifelhafter durchgemachter Windpockenerkrankung bzw. keiner früheren Windpockenerkrankung der Nachweis eines positiven Antikörpers gegen Varicellen

ODER

* Nachgewiesener zweimaliger Impfung gegen diese Erkrankung (gestempelter Impfpass!)

Die Kosten der Titerbestimmungen beim Arzt Ihres Vertrauens sind prinzipiell selber zu tragen.

Sollten Sie keinen Hepatitis-B Impfschutz haben, empfehlen wir Ihnen (in Übereinstimmung mit den Impfempfehlungen des BMG) dringend die Impfung. Wir stellen den Impfstoff unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über den betriebsärztlichen Dienst kostenlos zur Verfügung. Bitte sprechen Sie den Betriebsarzt im Zuge der Einstellungsuntersuchung darauf an.

Bitte füllen Sie in **beiliegendem Formular** Ihre Impfdaten gewissenhaft ein und übersenden Sie es **zusammen mit den Impfnachweisen** vor Anstellungsbeginn.

Impfschutz-Nachweis für die Vorarlberger Landeskrankenhäuser

Nachname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vers. Nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Teilimpfung (TI) Impfdatum | Datum Titer |
| Röteln | 1. TI: |  |
| 2. TI: |  |
| Masern | 1. TI: |  |
| 2. TI: |  |
| Mumps | 1. TI: |  |
| 2. TI: |  |
| Windpocken (Varicellen)  Varicellenerkrankung | 1. TI: |  |
| 2. TI: |  |
|  |  |

Sollten sie **weitere Impfdaten** haben (**HEPATITIS-B, PERTUSSIS=KEUCHHUSTEN; DIPHTHERIE; TETANUS; POLIO=KINDERLÄHMUNG; HEPATITIS-A** etc.) bitten wir Sie diese Impfdaten bekanntzugeben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hepatitis-B | Impfdatum | Titerdatum |
| Teilimpfung 1 |  |  |
| Teilimpfung 2 |  |  |
| Teilimpfung 3 |  |  |
|  |  |  |
| Auffrischungsimpfung |  |  |
| HBs-AK-Titerbestimmung |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Impfdatum |
| Pertussis (Keuchhusten) |  |
| Poliomyelitis  (Kinderlähmung) |  |
| Diphtherie |  |
| Tetanus |  |
| Hepatitis A |  |
| Andere (zB: Influenza, Meningokokken; Pneumokokken SARS-CoV-2 |  |

**BEI UNKLARHEITEN BZGL. IMPFSTATUS BITTE UM RÜCKSPRACHE MIT DEM ARZT IHRES VERTRAUENS!**

Für die Richtigkeit der Angaben:

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

Unterschrift