

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Alters- und Pflegeheim | ☐ Arztpraxis |
| ☐ Spital: IPS/IMC, Covid-19-Station, Notaufnahme | ☐ Zahnarztpraxis und DH |
| ☐ Spital / Klinik: Übrige Stationen | ☐ Ambulante Therapie/Behandlung (Physio., Osteo., Chiro., med. Logo., Ergo., Podologie, med. Massage) |
| ☐ Sozialmedizinische Institution mit hohem Anteil an besonders gefährdeten Personen | ☐ Hebammen ambulant |
| ☐ Rettungs- und Transportsanitäter/in | ☐ Apotheke |
| ☐ Spitex | |
| ☐ 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 Berufsausübungsbewilligung 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 Betriebsbewilligung 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!