

Egészségügyi nyilatkozat

(szakmai gyakorlatra érkezőktől – kitöltendő a szakmai gyakorlat megkezdése előtt 1 héten belül)

- I. Munkavállaló/tanuló/munkanélküli/munkát végző személy (a továbbiakban együtt vizsgált személy)

Neve:

Címe:

Születési helye, ideje:

TAJ száma: Elérhetősége: (telefon)

Munka/tevékenységi köre (Iskola):

Képzés és gyakorlat megnevezése (óraszám):

.....

- II. Munkaköri, szakmai, illetve egészségi alkalmasságot elbíráló orvos

Véleménye: alkalmas – nem alkalmas

Neve:

Címe:

Telefonszáma: PH

- III. A vizsgált személy nyilatkozata

Hepatitis B elleni védőoltásban részesültem/nem részesültem*. (*a megfelelő aláhúzendő)

Ha igen, mikor? (dátum)

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

- az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha időszakos távollétem alatt (pl. szabadság) az 1. pontban felsorolt tünetek bármelyikét észlelem:
sárgaság,
hasmenés,
hányás,
láz,
torokgyulladás,
bőrkiütés,
egyéb bőrelváltozás (a legkisebb bőrgennyesedés, sérülés, stb. is)
váladékozó szembetegség, fül-és orrfolyás ;

- az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha időszakos távollétem alatt (pl. szabadság) az 1. pontban felsorolt tünetek bármelyikét magamon észlelem.

Tudomásul veszem, hogy a fenti kötelezettségvállalás egészségügyben történő foglalkoztatásom, ilyen munkaterületen tevékenységem folytatásának feltétele, és hogy az általam közölt adatokat szolgálati titokként kezelik.

Kelt:

.....

a vizsgált személy aláírása

Dokumentum kód:	MVSZ-F4	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	6.		
Állomány név:	C:/Tanúsítás/Szabályzatok/MVSZ-F4	Érvénybe lép:	2020.06.15

NYILATKOZAT

Alulírott, _____ (név, nyomtatott betűkkel) gyakorlati időmet
_____ -tól, _____ -ig (kezdő-záró dátum) a Heim Pál Országos
Gyermekgyógyászati Intézetben szeretném tölteni!

1. Képzőintézmény neve: _____

2. Képzés/ tanulmányi év: _____

3. Gyakorlat megnevezése: _____

4. A gyakorlat ideje alatt más intézményben jelenléttel járó tevékenységet végzek
igen / nem (a megfelelő aláhúzendó)

5. Igen válasz esetén a tevékenység helye és módja: _____

6. A gyakorlat megkezdése előtti 14 napban a tevékenység helye és módja: _____

7. A gyakorlat megkezdése előtti 14 napban érintkezett-e ismert COVID 19 fertőzött személlyel:
igen / nem (a megfelelő aláhúzendó)

Tudomásul veszem, hogy a gyakorlatot csak akkor tudom megkezdeni, ha a gyakorlatvezetőnek bemutatom a közvetlenül a gyakorlat kezdete előtt 24/48 órával készült negatív COVID PCR tesztet!

Tudomásul veszem továbbá, hogy a gyakorlólóhelyen maszk viselése kötelező, a HOGYI területére kizárólag maszkban, hőmérsékletmérést követően léphetek be!

Dátum: _____

aláírás

Gyakorlatvezető tölti ki:

PCR mintavétel ideje: _____ Eredménye: _____

Gyakorlat megkezdése: _____

aláírás

Dokumentum kód:	MVSZ-F4	Oldalszám:	2./2
Változat szám:	6.		
Állomány név:	C:/Tanúsítás/Szabályzatok/MVSZ-F4	Érvénybe lép:	2020.06.15