

Studieneinstieg

Betriebsärztliche Beratung

Medizin Zahnmedizin Molekulare Biomedizin

weiblich männlich divers

Name, Vorname		Matrikelnummer	Fachsemesterzahl
Anschrift			Geburtsdatum
Postleitzahl	Ort	Telefon (privat)	

Bei der Blutuntersuchung werden Antikörper gegen Hepatitis-B, -C und ggf. Windpocken getestet.

Mit der Blutuntersuchung auf HIV bin ich einverstanden? ja nein

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch den Betriebsärztlichen Dienst (BÄD) ein. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs ist die ärztliche Schweigepflicht zu wahren. Diese Widerrufserklärung richten Sie bitte an den BÄD mittels formloser schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Befunde und Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum	Unterschrift Studierende/r
-------	----------------------------

Betriebsärztin / Arzt

Assistenz Studierendenausweis hat vorgelegen
 Personalausweis hat vorgelegen

Keine arbeitsmedizinisch relevanten Erkrankungen

Empfohlene Impfungen: Hep A Hep B Hep AB
 VZV TdapP Tdap
 MMR Polio

Datum	Unterschrift Betriebsärztin/Betriebsarzt
-------	--