

St. Marien-Hospital gGmbH

**Pflegedirektion**

Hospitalstr. 44

52353 Düren

Email: [christa.barlag@ct-west.de](mailto:christa.barlag@ct-west.de)

Telefon: 02421 805-299

**BEWERBUNGSBOGEN SCHÜLERPRAKTIKUM**

<b>Anrede</b>		
<b>Name, Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Alter bei Praktikumsbeginn</b> <b>Jahre</b>
<b>Straße und Hausnummer</b>		
<b>PLZ und Ort</b>		
<b>Telefon</b>		
<b>Email</b>		

<b>Wunschstation</b>		
<b>Zeitraum (Start montags)</b>		

**Voraussetzungen für dieses Praktikum sind:**

1. das Vorliegen einer Impfung gegen Keuchhusten in den letzten 10 Jahren
2. das Vorliegen einer zweimaligen Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln
3. das Vorliegen eines Immunschutzes gegen Varizellen, nachzuweisen durch zwei Impfungen oder einen Nachweis ausreichender Antikörper
4. beim Einsatz im OP oder anderen operativen Bereichen, mit chirurgischer Tätigkeit, muss ein ausreichender Hepatitis B-Schutz nachgewiesen werden.  
Ergänzend empfehlen wir für alle patientennahen Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung einen Impfschutz gegen Hepatitis A und B.

Zudem ist eine Belehrung zur Lebensmittelhygiene nach § 43 IfSG erforderlich (s. weitere Infos: <https://meineverwaltung.nrw/leistung/99003002022000>). Ohne diesen Nachweis bis zum Starttermin kann das Praktikum nicht abgeleistet werden.



**„EIN GUTES GEFÜHL,  
HELFE ZU KÖNNEN“**

Ilyas Balaban,  
Auszubildender zur  
Pflegefachkraft



St. Marien-Hospital gGmbH  
**Pflegedirektion**  
Hospitalstr. 44  
52353 Düren

Email: christa.barlag@ct-west.de  
Telefon: 02421 805-299

## BEIBLATT FÜR MINDERJÄHRIGE BEWERBER SCHÜLERPRAKTIKUM

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass  
das Schülerpraktikum absolvieren darf.

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname der Praktikantin/des Praktikanten)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten



**„DENN PFLEGE  
IST MEHR, ALS DU  
DENKST“**

Jana Ritz,  
Auszubildende zur  
Pflegefachkraft

