

## Informationen zu den berufsspezifischen Risiken

Um den Bildungsgang Medizinisch-Technische Radiologie auf Stufe Höhere Fachschule erfolgreich zu bewältigen und um lange und zufrieden als dipl. Radiologiefachperson HF arbeiten zu können, ist es erforderlich eine robuste physische und psychische Konstitution zu haben. Sollten Sie schon Einschränkungen aufgrund von muskulären oder skelettalen Beschwerden erlebt haben, so müssen Sie diese in eigener Verantwortung im Vorfeld abklären lassen.

Analog zu der aktuellen SUVA Vorgabe (siehe Suva Pro-Broschüre "Impfungen des Personals im Gesundheitswesen") wird die Impfung gegen Hepatitis B empfohlen. Am besten starten Sie den Impfschutz unmittelbar nach der Zusage für den Ausbildungsplatz. Zu Beginn der Ausbildung werden wir Ihren Impfstatus per Titerbestimmung überprüfen.

Im Praxisalltag kommen Sie in Kontakt mit potenziellen Allergenen (zum Beispiel Latex). Sollten Sie bereits Allergien haben, lohnt es sich, mit der Hausärztin / dem Hausarzt zu besprechen, ob weitere Abklärungen angezeigt sind.

## Fragebogen Interessentinnen und Interessenten

Wegen des starken Magnetfeldes im Untersuchungsraum der Magnetresonanztomografie (MR) dürfen sich keine Metallgegenstände (wie Hörgerät, Schlüssel, Kleingeld, Uhren, Schmuck usw.) im MR-Raum befinden. Dies gilt für die Patientinnen und Patienten als auch für das Personal. Wir bitten Sie daher, den untenstehenden Fragebogen vollständig auszufüllen.

Befinden sich folgende <b>medizinische Hilfsmittel</b> in Ihrem Körper?	JA	NEIN
▪ Herzschrittmacher / Pacemaker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Nervenstimulator .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Insulinpumpe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ künstliche Herzklappe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Cochleaimplantat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Gelenkprothesen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ neurochirurgische Clips .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befinden sich folgende <b>Fremdkörper</b> in Ihrem Körper?	JA	NEIN
▪ Augenfremdkörper .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Geschossfragmente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Metall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, obenstehende Informationen und Fragen verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Name: ..... Vorname: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....