

Ärztliche Direktion

Tel.: +43 (0) 5372 / 6966 - 1021

Mail: sandra.egerbacher@bkh-kufstein.at



Allgemein öffentliches

Bezirkskrankenhaus Kufstein

Endach 27

A-6330 Kufstein

Information für KPJ und Famulaturen

Während Ihres Praktikums im A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein erhalten Sie kostenloses Mittagessen sowie Arbeitskleidung.

KPJ-Studierende mit Inskription an einer österreichischen Universität erhalten eine Aufwandsentschädigung von derzeit **€ 900,- brutto pro Monat** (indexangepasst).

Personalaufnahmebogen

Sie erhalten einen Personalaufnahmebogen mit der Bitte um ausgefüllte Rückübermittlung. Nicht-EU-Bürger:innen übermitteln bitte zusätzlich:

- die Daueraufenthaltsgenehmigung für die EU oder
- den gültigen Aufenthaltstitel bzw.
- einen Nachweis über den freien Zugang zum Arbeitsmarkt.

Inskriptionsbestätigung

Bitte übermitteln Sie uns eine Inskriptionsbestätigung Ihrer Heimatuniversität.

Infektionsschutznachweis

Bitte übermitteln Sie Ihren Infektionsschutznachweis. Bereits vorhandene Nachweise können verwendet werden, alternativ nutzen Sie bitte das beiliegende Formular.

ACHTUNG: Ohne gültigen Infektionsschutznachweis kann das KPJ bzw. die Famulatur nicht angetreten werden!

Einwilligungserklärung

Bitte übermitteln Sie uns die unterschriebene Einwilligungserklärung, die sie von uns bei Ihrer Anmeldung per Mail erhalten haben.

WICHTIG: Bitte übermitteln Sie den **Personalaufnahmebogen**, die **Inskriptionsbestätigung**, den **Infektionsschutznachweis**, sowie die **Einwilligungserklärung gesammelt in einer E-Mail 3 Monate vor Beginn Ihres Praktikums**. Sollten die Unterlagen nicht fristgerecht bei uns einlangen, behalten wir uns vor, das Praktikum zu stornieren. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Personalwohnung

Bei Bedarf können Sie eine Personalwohnung anfragen:

- **Personalwohnung BKH Kufstein:**

Anfrage an: **sandra.egerbacher@bkh-kufstein.at**

Bitte beachten Sie, dass aus Kapazitätsgründen eine Doppelbelegung mit einer anderen Person möglich sein kann.

Weitere Unterkunftsmöglichkeiten in der Umgebung:

- **Frau Sieglinde Raffler** (Nachbarschaft)

sieglinde.raffler@kufnet.at | Tel.: 0676/7808520

- **Familie Gretter** (Nachbarschaft)

gretter@kufnet.at | Tel.: 0664/3003876

- **Helga Schwarz**

Kleinholzweg 9, 6330 Kufstein

helga.schwarz2105@hotmail.com | Tel.: +43 680 2024290

- **FH Kufstein**

Gerne können Sie anfragen, ob Studentenzimmer verfügbar sind:

Romana.Hubmann@fh-kufstein.ac.at

Internet im Personalzimmer

Im Personaltrakt steht kein WLAN zur Verfügung. Bei Bedarf können Sie einen Internetzugang direkt bei **KufNet** beantragen: Tel.: 05372/6930351 | E-Mail: info@kufnet.at

Parkmöglichkeiten

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen Parkplätze zur Verfügung. Die Parkkarte erhalten Sie bei der Patientenaufnahme gegen eine Kautions von **€ 30,-**. Bei Rückgabe der Parkkarte werden Ihnen **€ 20,-** rückerstattet.

Shuttlebus

Zwischen dem **Bahnhof Kufstein** und dem **BKH Kufstein** verkehrt morgens von **Montag bis Freitag** ein Mitarbeitershuttle um **06:30 Uhr, 06:52 Uhr und 07:30 Uhr**.

Der Shuttlebus ist durch ein Schild „**Mitarbeitershuttle**“ sowie das **BKH-Logo** an der Windschutzscheibe gekennzeichnet.

Für KPJ aus dem Ausland:

Für die Absolvierung des KPJs werden **ausreichende Deutschkenntnisse** vorausgesetzt.

Sie haben die Möglichkeit, sich während Ihres Studiums über unsere Vertragspartner, die

Medizinische Universität Innsbruck oder die **Medizinische Universität Wien**, für ein

Auslandsstudium anzumelden. Die Anmeldung muss selbständig erfolgen – bitte nehmen Sie

diesbezüglich mit der jeweiligen Universität Kontakt auf. Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung an der jeweiligen Universität frühzeitig (mind. 6 Monate vorher) erfolgen muss.

WICHTIG: Bitte informieren Sie uns bereits **vor Beginn Ihres KPJs**, ob Sie über die Medizinische Universität Innsbruck oder die Medizinische Universität Wien angemeldet sind. Senden Sie dazu die Anmeldebestätigung der Universität per E-Mail an **sandra.egerbacher@bkh-kufstein.at**, damit die erforderlichen Informationen an die Personalabteilung weitergeleitet werden können. Sollten Sie nicht über eine dieser Universitäten angemeldet sein, klären Sie bitte mit Ihrer Heimatuniversität ab, ob die Ausbildung anerkannt wird. Dies ist in der Regel unproblematisch. Bitte beachten Sie jedoch, dass in diesem Fall **kein Anspruch auf eine Vergütung** besteht.

Vertragspartner:

- **Medizinische Universität Innsbruck:**

Anästhesiologie, Notarzt- und Intensivmedizin
Augenheilkunde und Optometrie
Chirurgie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Innere Medizin
Kinder- und Jugendheilkunde
Neurologie
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Radiologie
Unfallchirurgie
Urologie

- **Medizinische Universität Wien:**

Anästhesiologie, Notarzt- und Intensivmedizin	B,C
Augenheilkunde und Optometrie	C
Chirurgie	B,C
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	C
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	C
Innere Medizin	A,C
Innere Medizin und Nephrologie	C
Innere Medizin und Intensivmedizin	C
Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie	C
Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie	C
Kinder- und Jugendheilkunde	C
Neurologie	C
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	C
Radiologie	C
Unfallchirurgie	B,C
Urologie	B,C

Einführungsmodus:

Bitte melden Sie sich am ersten Arbeitstag zunächst zur **Morgenbesprechung** auf Ihrer jeweiligen Abteilung. Anschließend bitten wir Sie, folgende Stellen aufzusuchen:

- **Personalbüro 1** (Verwaltung, EG, blauer Trakt)
Ausgabe des Schlüssels für die Station
- **Wäscheraum** (Keller, gelber Trakt)
Anpassung und Ausgabe der Arbeitskleidung
- **Patientenaufnahme** (EG)
Ausgabe der Parkkarte (falls benötigt)
- **Sekretariat der Ärztlichen Direktion** (Verwaltung, EG, blauer Trakt)
Bei **Frau Sandra Egerbacher** erhalten Sie die Essensbestätigung für Ihr Mittagessen.

Dienstbeginn:

Anästhesiologie:	7:15 Uhr	Mehrzweckraum, EG Leitsystem Grün
Augenabteilung:	7:30 Uhr	Augenabteilung, 1. OG
Chirurgie:	7:00 Uhr	Besprechungsraum, EG roter Trakt hinten rechts
Gynäkologie:	7:30 Uhr	Besprechungsraum Wochenstation, 2. OG
HNO:	7:30 Uhr	HNO-Station, 4. OG blauer Trakt
Interne:	7:30 Uhr	Besprechungsraum, 3. OG blauer Trakt
Neurologie:	8:00 Uhr	Besprechungsraum, EG roter Trakt ganz hinten rechts
Pädiatrie:	7:45 Uhr	Pädiatrie Station, 2. OG gelber Trakt
Psychiatrie:	8:00 Uhr	Psychiatrie Station, 4. OG gelber Trakt
Radiologie:	8:00 Uhr	Radiologie Leitstelle EG
Unfallabteilung:	7:00 Uhr	Unfall I, 4. OG
Urologie:	7:15 Uhr	Urologie Station, EG gelber Trakt

Mit freundlichen Grüßen

Sandra Egerbacher
Sekretariat Ärztliche Direktion
A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein
Endach 27
6330 Kufstein
Tel.: +43 (0)5372-6966 1021
E-mail: sandra.egerbacher@bkh-kufstein.at



Infektionsschutz-Anforderung

Sehr geehrte/r Frau/Herr

NAME, Versicherungsnummer und Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Für die Aufnahme in den Pflege Campus Kufstein (PCK) muss für Tätigkeiten im patientennahen Bereich eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen entweder durch einen **ausreichenden Impfschutz** nach dokumentierter zweimaliger Impfung **ODER** durch eine **positive Antikörperbestimmung (Titer)** als Nachweis vorliegen.

Diese fertig unterzeichnete Infektionsschutz-Anforderung ist dem Betriebsärztlichen Dienst des A. ö. Bezirkskrankenhauses Kufstein bei Aufnahme in den PCK vorzulegen. Eine Aufnahme ist erst nach Freigabe durch die Arbeitsmedizin möglich (arbeitsmedizin@bkh-kufstein.at, Tel.: 05372/6966-1095).

Eine Kontrolle des Hepatitis-B-Impftiters erfolgt im Bedarfsfall im Rahmen der Einstellungssuntersuchung. Bei Fragen betreffend des Infektionsschutznachweises wenden Sie sich bitte an die oben angegebene Telefonnummer.

ERFORDERLICHER INFektionSSCHUTZNACHWEIS:			
Infektionsschutz ausreichend 2 dokumentierte Impfungen oder positiver IgG-Titer			
	Impfdatum	Antikörper-Titer	Datum
Masern	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Mumps	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Röteln	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Varizellen	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Pertussis (Diphtherie, Tetanus, Polio)	Impfstoffname: _____ Datum der letzten Impfung: _____		
Dringend empfohlener Infektionsschutz:			
	Impfdatum	Hep. B-Titer	Datum
☐ Hepatitis B (Engerix) ☐ Hepatitis A und B (TWINRIX) ☐ Hepatitis A	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ 3. Teilimpfung am _____ Auffrischungen am _____		
<u>Covid-Impfungen:</u>			
<i>Falls noch keine oder eine unvollständige Hepatitis-Grundimmunisierung durchgeführt wurde, können im Büro der Arbeitsmedizin kostenlose Impfungen mit Twinrix und Hepatitis B-Titerbestimmungen durchgeführt werden. Bitte daher nur die Daten eintragen.</i>			

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit des erforderlichen Infektionsschutzes bestätigt:

Datum: _____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes: _____

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit der Angaben:

Datum: _____ Unterschrift der/des Bewerberin/Bewerbers: _____

Beilagen:

- Kopie Impfpass (**bitte gut leserlich kopieren**)
- Befund Antikörperbestimmung (falls Impfnachweis nicht vorhanden)

Erstellt: Arbeitsmedizin

Jänner 2023