

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.

Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Hinweise zum Datenschutz

Datenschutzerklärung und Einwilligung zur Datenerhebung (Stand Februar 2020)

Der Datenschutz ist der Universität Würzburg besonders wichtig, deshalb kommen wir unserer Verpflichtung gemäß Art. 13 Abs. 1 der Datenschutzgrundverordnung gerne nach und geben Ihnen folgende Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Universität Würzburg, Sanderring 2, 97070 Würzburg, E-Mail: info@uni-wuerzburg.de. Für Fragen des Datenschutzes können Sie sich an den behördlichen Datenschutzbeauftragten der Universität, Sanderring 2, 97070 Würzburg, E-Mail: datenschutz@uni-wuerzburg.de wenden.

Die von Ihnen erhobenen Daten werden zum Zweck des Aufbaus einer Datenbank zur Unterstützung der Patientenversorgung und dem Management der Corona-Situation verarbeitet, hierzu sind wir nach Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DSGVO berechtigt.

Ihre Kontaktdaten werden an der Universität Würzburg erfasst und dann an das Universitätsklinikum Würzburg, an die UKW Service GmbH und an externe Einrichtungen, die im Krisenmanagement involviert sind, weitergegeben. Die Speicherung erfolgt nur für den Zeitraum der Corona-Krisensituation, hiernach werden die Daten gelöscht.

Weitere Informationen über Ihre Rechte bezüglich der DSGVO finden Sie hier:
<https://www.uni-wuerzburg.de/universitaet/datenschutzbeauftragter>

1.1

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

2. Persönliche Angaben

MUSTER

EvaSys

Strukturierte Abfrage für die Mitarbeit in der Versorgung

Electric Paper
EVALUATIONSSYSTEME

2. Persönliche Angaben [Fortsetzung]

2.1 Name, Vorname

2.2 E-Mail

2.3 Telefonnummer (zur Kontaktaufnahme)

2.4 Ausbildung

- Humanmedizin Zahnmedizin Berufsfachschule
 Sonstiges

2.5 Wenn Sie "Sonstiges" ausgewählt haben, geben Sie bitte hier Ihre Antwort:

2.6 Fachsemester

2.7 Ich bin Mitglied der AGN (Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin) Ja Nein

2.8 Masernimpf- oder Immunitätsschutz vorliegend? Ja Nein

2.9 Der letzte regelhafte betriebsärztliche Untersuchungstermin ist erfolgt. Ja Nein

2.10 Wenn ja, wann:

2.11 Haben Sie bereits einen Berufsabschluss erworben? Ja Nein

2.12 Berufliche Qualifikation (mehrere Antworten möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Anästhesietechnische/r Assistent/in | <input type="checkbox"/> Arzthelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Biologielaborant/in | <input type="checkbox"/> Chemielaborant/in | <input type="checkbox"/> Diätassistent/in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger/in |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankenschwester/-pfleger | <input type="checkbox"/> Logopädin/Logopäde | <input type="checkbox"/> Medizinische/r Fachangestellte/r |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Assistent/in - Funktionsdiagnostik | <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Assistent/in (MTA) | <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Laboriumsassistent/in |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in | <input type="checkbox"/> Medizinlaborant/in | <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter |
| <input type="checkbox"/> Operationstechnische/r Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Operationstechnische/r Assistent/in (RTA) | <input type="checkbox"/> Orthoptist/in |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Radiologisch-technische/r Assistent/in (RTA) | <input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in |
| <input type="checkbox"/> Veterinärmedizinisch-technische/r Assistent/in | | |

MUSTER

2. Persönliche Angaben [Fortsetzung]

2.13 Persönliche Expertise, die für denkbare Einsatzbereiche hilfreich sein könnte:

3. Einsatzmöglichkeiten

3.1 Befinden Sie sich aktuell in Würzburg (und Ja Nein
nähere Umgebung ca. 10 km)?

3.2 Wenn Sie unter 3.1 "Nein" angekreuzt haben: Wann planen Sie etwa, wieder nach Würzburg zu kommen?

3.3 Ist es Ihnen möglich, über Würzburg Ja Nein
hinaus im gesamten Bezirk Unterfranken
durch eigene Mobilität (z.B. PKW)
unterstützend tätig zu sein? [Ein Fahrzeug
kann nicht gestellt werden, weshalb dieses
unabdingbar zur Erfüllung der Aufgaben
ist. Fahrtkosten werden Ihnen erstattet.]

3.4 Ich stehe flexibel für **alle** nachfolgend Ja Nein
genannten Bereiche zur Verfügung.

3.5 Unabhängig der unter 3.4 getätigten Auswahl. Bitte treffen Sie nachfolgend eine Auswahl, in welchem/n
der nachfolgenden Bereiche Sie besonders in Frage kommen:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflege/Stationsalltag | <input type="checkbox"/> Intensivstation | <input type="checkbox"/> Labordiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeit in der Notaufnahme | <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung | <input type="checkbox"/> Beratungsstellen,
Bürgertelefon, Hotlines etc. |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst | <input type="checkbox"/> 1:1 Betreuung von Patienten | <input type="checkbox"/> Beratung und Aufklärung von
Personen |
| <input type="checkbox"/> Untersuchungsstelle | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtungen | <input type="checkbox"/> Assistenz zahnärztlicher
Behandlung |
| <input type="checkbox"/> IT-/EDV-Management | <input type="checkbox"/> Verwaltung | |

3.6 Haben Sie bereits einen bestehenden Ja Nein
Arbeitsvertrag bei der UKW Service GmbH
(z.B. Sitzwache)?