

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](mailto: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](mailto: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,<br>Bürgertelefon, Hotlines etc. |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst               | <input type="checkbox"/> 1:1 Betreuung von Patienten | <input type="checkbox"/> Beratung und Aufklärung von<br>Personen           |
| <input type="checkbox"/> Untersuchungsstelle          | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtungen         | <input type="checkbox"/> Assistenz zahnärztlicher<br>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)?