

Vorstand *INTERPLAST - Germany e. V.*

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern
Geschäftsstelle: Hauptstr. 57, 55595 Roxheim Sekretariat 0171-8244508 Fax-Nr. 0671-480281



Erklärung für Teilnehmer eines INTERPLAST Einsatzes

Name des unterzeichnenden Teilnehmers: _____

Interplast Einsatz-Nr. _____

Einsatzland: _____

Einsatzort: _____

Einsatzzeitraum: _____

Teamleiter: _____

Ich werde an dem o.a. Einsatz als _____ teilnehmen.

Mein/e Teamleiter/in hat mich im Vorfeld über die spezifischen politischen- und Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit dem Einsatz aufgeklärt.

Ich habe Kenntnis genommen von der Notwendigkeit

Einer geeigneten Malaria-Prophylaxe
Hepatitis A und B Impfungen
Weitere Impfungen nach den Vorgaben der DTG
dem Angebot einer Tropentauglichkeitsuntersuchung nach § G35

Evtl. Kosten werden, soweit diese nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von Interplast Germany e. V. gezahlt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, jeden Verdacht einer Berufskrankheit und jeden Unfall, während des Einsatzes, mit entsprechenden Unterlagen frühestmöglich dem Vorstand zu melden, sowie einen D-Arzt aufzusuchen.

Teilnehmer

Einsatz-/Teamleiter

Bitte das Formular, unterschrieben, an den Einsatzleiter schicken.