

Ärztliches Attest im Gesundheitswesen

zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage vor Tätigkeitsbeginn

Name, Vorname:

(Zutreffendes bitte ankreuzen) **JA** **NEIN**

Hepatitis B		JA	NEIN
Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt. Die zweite Impfung ist am ____.____.____ erfolgt (mindestens 2 Wochen vor Antritt des Praktikums).	oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serologischer Schutznachweis liegt vor (Anti-HBs > 100 u/l oder anti HBc positiv).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Masern/Mumps/Röteln (Measles/Mumps/Rubella)		JA	NEIN
Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt.	oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serologischer Nachweis zum Schutz gegen Mumps und Röteln liegt vor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Windpocken (Varizellen)		JA	NEIN
Windpocken sicher durchgemacht/zwei Impfungen sind erfolgt.	oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serologischer Nachweis zum Schutz gegen Windpocken liegt vor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Poliomyelitis)		JA	NEIN
Mindestens drei Impfungen sind erfolgt. Letzte Auffrischung innerhalb der letzten 10 Jahre.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hepatitis A		JA	NEIN
Mindestens eine Impfung ist durchgeführt. Die zweite Impfung erfolgt am ____.____.____.	Oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serologischer Nachweis zum Schutz gegen Hepatitis A liegt vor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID 19		JA	NEIN
Impfung entsprechend der gültigen STIKO – bzw. SIKO Empfehlung	ODER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis zum Schutz gegen Covid 19 (Genesenen Status) liegt aktuell vor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes