

Ärztliches Attest für Praktikanten/Hospitanten im Gesundheitswesen

zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage vor Praktikums- bzw. Hospitationsbeginn

Name, Vorname:

Einsatz geplant im Fachbereich:

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

<p>Hepatitis B</p> <p>Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt. Die zweite Impfung ist am _____.____._____. erfolgt (mindestens 2 Wochen vor Antritt des Praktikums).</p> <p>ODER</p> <p>Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs > 100 U/l oder anti-HBc positiv).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Masern/Mumps/Röteln (Measles/Mumps/Rubella)</p> <p>Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt.</p> <p>ODER</p> <p>Serologischer Schutznachweis gegen Masern, Mumps und Röteln liegt vor.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Windpocken (Varizellen)</p> <p>Windpocken-Erkrankung sicher durchgemacht (ärztlich dokumentiert).</p> <p>ODER</p> <p>Zwei Impfungen sind erfolgt / serologischer Schutznachweis gegen Windpocken liegt vor.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Poliomyelitis)</p> <p>Grundimmunisierung ist erfolgt. Letzte Auffrisch-Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Hepatitis A</p> <p>Mindestens eine Impfung ist durchgeführt. Die zweite Impfung erfolgt am _____.____._____. ODER</p> <p>Serologischer Schutznachweis gegen Hepatitis A liegt vor.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>COVID 19</p> <p>Impfungen entsprechen der aktuell gültigen STIKO- bzw. SIKO-Empfehlung.</p> <p>ODER</p> <p>Nachweis zum Schutz gegen Covid 19 (Genesener-Status) liegt aktuell vor.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Grippeschutzimpfung (saisonal)</p> <p>Die Impfung erfolgte am _____.____._____. ODER</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Hiermit wird bestätigt, dass _____, geboren am _____.____._____, körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Erkrankungen ist.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes

