

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 _____.____.____.</p> <p>ODER</p> <p>Serologischer Schutznachweis gegen Hepatitis A liegt vor.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Gripeschutzimpfung (optional)</p> <p>Die Impfung erfolgte am _____.____.____.</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 _____

Mit dem „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (TSVG) und der Änderung der Schutzimpfungsrichtlinie des GBA 10/2019 besteht ein Anspruch der Versicherten auf Leistungen für Schutzimpfungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig davon, ob die Versicherten auch entsprechende Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern, beispielsweise dem Arbeitgeber aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos, haben. (siehe aktuelle Schutzimpfungs-Richtlinie des GBA §11 (1))