

IMMUNITÄTSNACHWEIS

Name StudierendeR: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

	Impfdatum	Titer*	Datum	Impf-empfehlung
Diphtherie				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Poliomyelitis				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pertussis				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tetanus				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Masern	1. Teilimpfung: 2. Teilimpfung:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mumps	1. Teilimpfung: 2. Teilimpfung:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Röteln	1. Teilimpfung: 2. Teilimpfung:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Varizellen	1. Teilimpfung: 2. Teilimpfung:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis B	1. Teilimpfung: 2. Teilimpfung: 3. Teilimpfung: ** Auffrischungen:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

* Der Nachweis der Immunität kann entweder durch Bestätigung der erforderlichen Impfungen oder durch einen positiven Antikörpertiter erfolgen. Es muss also in jeder Zeile die linke oder rechte Spalte befüllt sein.

** Bei kürzlich begonnener Grundimmunisierung gegen Hepatitis B sind zwei Impfungen ausreichend. Der Nachweis der 3. Impfung muss binnen 6 Monaten nachgereicht werden.

Ich, der/die behandelnde Arzt/Ärztin, bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Voraussetzung für Tätigkeiten im patientennahen Bereich gegeben sind (ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und eine zumindest begonnene Hepatitis B Immunisierung).

Unterschrift und Stempel
des Arztes/der Ärztin für Allgemeinmedizin

Datum

Hinweis:

Influenzaimpfung ist jährlich eigenständig durchzuführen und der Impfnachweis im Studiengangssekretariat abzugeben!

Nachweis Influenzaimpfung:

1. Ausbildungsjahr: _____

2. Ausbildungsjahr: _____

3. Ausbildungsjahr: _____