

Ärztliches Attest für Praktikanten/Famulanten/Hospitanten im Krankenhaus

Laut § 23 Impfschutzgesetz sind wir als Einrichtung dazu verpflichtet, erforderliche Maßnahmen zu treffen, nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Verbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden.

Mittels der Erhebung Ihres Impfstatus möchten wir Ihnen einen ausreichenden Schutz während Ihrer Praktikumszeit/Hospitationszeit gewähren, daher bitten wir Sie dieses Attest von Ihrem Hausarzt ausfüllen und unterschreiben zu lassen.

Es wird bestätigt, dass

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

psychisch und physisch gesund und frei von ansteckenden Erkrankungen ist.

Sie/Er ist gegen die unten aufgeführten Krankheiten durch Impfung geschützt oder es sind schützende Antikörper im Blut nachgewiesen:

Hepatitis B

mindestens 2 Impfungen sind erfolgt r ja r nein

r *Impfung gegen Hepatitis B ist für Praktika in der Verwaltung mit reiner Bürotätigkeit und Praktika unter 4 Wochen nicht erforderlich*

Hepatitis A

mindestens eine Impfung (nicht älter als 1 Jahr) ist erfolgt r ja r nein

r *Impfung gegen Hepatitis A ist für Praktika unter 4 Wochen nicht erforderlich*

Masern, Mumps, Röteln

mindestens eine Impfung im Kindesalter oder als Erwachsener r ja r nein

Anzahl der Vorimpfungen: _____

Datum der letzten Impfung: _____

Windpocken (Varizellen)

Serologischer Schutznachweis liegt vor r ja r nein

ODER Erkrankung anamnestisch sicher durchgemacht: r ja r nein

ODER Impfungen erfolgt r ja r nein

Anzahl der Vorimpfungen: _____

Datum der letzten Impfung: _____

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel Arzt