

Ärztliches Attest

Studierende der Human- und Zahnmedizin

zum Nachweis eines ausreichenden Immunschutzes (§§ 20, 20a, 23a IfSG) in medizinischen Einrichtungen
Es wird erwartet, dass **alle** empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut einschließlich der empfohlenen Auffrischimpfungen durchgeführt wurden. **Unvollständige Grundimmunisierungen** bzw. **fehlende Auffrischimpfungen** sind zu **vervollständigen/nachzuholen**.

Hiermit wird bestätigt, dass:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

gegen die unten aufgeführten Krankheiten durch Impfung geschützt ist oder es wurden schützende Antikörper im Blut nachgewiesen.

Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis

Grundimmunisierung (3 Impfungen) durchgeführt:	letzte Impfung nicht älter als 10 Jahre:
Tetanus: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Diphtherie: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Pertussis: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Poliomyelitis: Grundimmunisierung + 1 Auffrischimpfung im Jugend- oder Erwachsenenalter durchgeführt: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	

Masern, Mumps, Röteln

<u>zwei</u> Impfungen (für nach 1970 geborene Personen)	<u>oder</u>	serologischer Schutznachweis: (keine Krankenkassenleistung)
Masern: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Mumps: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Röteln*: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

*bei Männern reicht eine einmalige Röteln-Impfung aus.

Windpocken (Varizellen)

Grundimmunisierung (2 Impfungen) durchgeführt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
<u>oder</u> Erkrankung anamnestisch sicher durchgemacht	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
<u>oder</u> serologischer Schutznachweis liegt vor (keine Krankenkassenleistung):	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Hepatitis B

bei unter 18 Jährigen Voraussetzung (Krankenkassenleistung)
bei über 18 Jährigen keine Voraussetzung (Arbeitgeberleistung):

Grundimmunisierung (3 Impfungen) durchgeführt: ja nein

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____ Stempel _____