

Ärztliches Attest

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Immunitätsnachweis für Angehörige der Gesundheitsberufe

Impfungen sind ein wichtiger Schutz für Krankenhaus-MitarbeiterInnen, die mit infektiösen PatientInnen in Berührung kommen. Aber auch die PatientInnen haben ein Recht darauf, vor vermeidbaren Gefährdungen geschützt zu werden.

Wichtig: Es können nur vollständig ausgefüllte Atteste berücksichtigt werden!

	Impfdatum*	Titer*	Datum
Diphtherie, Tetanus, Pertussis +/- Poliomyelitis			
Poliomyelitis**			
Masern, Mumps, Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:		
Varizellen	1. Impfung: 2. Impfung:		
Hepatitis B (bzw. A + B)	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:***		

* Der Nachweis der Immunität kann entweder durch Bestätigung der erforderlichen Impfungen oder durch einen positiven Antikörpertiter erfolgen.

** Falls Diphtherie-Tetanus-Pertussis ohne Poliomyelitis geimpft wurde.

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

Ich bestätige die Immunität bzw. die aufrechte Immunisierung gegen die oben genannten Erkrankungen.

Attestierende(r) Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben: _____

Unterschrift und Stempel: _____ Datum: _____