

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Matrikelnummer: _____

Unterschrift Student/Studentin: _____

Sehr geehrte Ärztin,
Sehr geehrter Arzt,

Für die praktische Ausbildung während des Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege sind seitens der Praktikumsstellen eine nachweisliche Immunität gegen nachstehende Infektionskrankheiten erforderlich. Diese müsse nachweislich durch eine zweimalige Impfung UND/oder einen **positiven Antikörpertiter** ärztlich bestätigt werden.

Bitte füllen Sie das Formular wahrheitsgemäß aus und bestätigen Sie dieses durch ihren Stempel und Unterschrift.

Stempel & Unterschrift Arzt/Ärztin: _____

Ort & Datum: _____

Zur Vorlage bei der Praktikumsstelle:

Impfung:	Ja (TI= Teilimpfung)	Titer IgG/ Datum	nein
Masern (verpflichtend)	1 TI am 2. TI am		
Mumps (verpflichtend)	1 TI am 2. TI am		
Röteln (verpflichtend)	1 TI am 2. TI am		
Varicellen (verpflichtend)	1 TI am 2. TI am		
Hepatitis B oder Hepatitis AB (verpflichtend)	1 TI am 2. TI am 3. TI am Auffrischung am:		
Diphtherie (optional)	Auffrischung am		
Tetanus (optional)	Auffrischung am		
Pertussis (optional)	Auffrischung am		
Polio (optional)	Auffrischung am		
FSME (optional)	Auffrischung am		
Grippeimpfung	Impfung am		

