

Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr _____ geb. am _____

stellte sich am _____ in meiner Praxis zur Untersuchung vor.

Es lag zum obigen Zeitpunkt kein Anhalt vor, dass die / der o.g. wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwächen ihrer / seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als _____ unfähig oder ungeeignet wäre.

Es liegt ein sicherer Antikörper- bzw. Impfschutz (dokumentiert) gegen folgende impfpräventable Infektionserkrankungen¹ vor:

Masern		
• Dokumentation von zwei Impfungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Nachweis einer positiven Serologie (IgG)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Aufgrund einer medizinischen Kontraindikation ist eine Masernschutzimpfung nicht möglich ○ <input type="checkbox"/> voraussichtlich bis: _____ ○ <input type="checkbox"/> voraussichtlich dauerhaft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Röteln		
• Dokumentation von zwei Impfungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Antikörperschutz ¹	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Windpocken		
• Dokumentation von zwei Impfungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Nachweis einer positiven Serologie (IgG)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Nach sicherer durchgemachter Erkrankung Wann (Alter/Jahr)? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mumps		
• Dokumentation von zwei Impfungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A		
• Zwei Impfungen mit einem Monoimpfstoff	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Drei Impfungen mit einem Kombinationsimpfstoff (Hep A/B)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis B		
• Drei Impfungen mit einem Monoimpfstoff und/oder Kombinationsimpfstoff (heb A/B)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Pertussis-Immunität		
• Impfung erhalten in den letzten 10 Jahren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Serologisch bestätigte Erkrankung in den letzten 10 Jahren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin
Stempel der Arztpraxis