



## Immunitätsnachweis für neue Mitarbeiter\*innen und Praktikant\*innen

Name: \_\_\_\_\_

(Nachname, Vorname – Blockbuchstaben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(TT.MM.JJJJ):

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Impfungen sind ein wichtiger Schutz für Krankenhaus-Mitarbeiter\*innen, die mit infektiösen Patient\*innen in Berührung kommen.

Auch die Patient\*innen haben ein Recht, vor vermeidbaren Gefährdungen geschützt zu werden.

**Wichtig:** Es können nur vollständig ausgefüllte Atteste berücksichtigt werden!

	Impfdatum und Impfstoffname <sup>1</sup>	Titerhöhe <sup>1</sup>	Datum
Diphtherie, Tetanus, Pertussis +/- Poliomyelitis	(bis max. 10 Jahre vor Aufnahmedatum)		
Poliomyelitis <sup>2</sup>	(bis max. 10 Jahre vor Aufnahmedatum)		
Masern, Mumps, Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:		
Varizellen	1. Impfung: 2. Impfung:		
Hepatitis B <sup>3</sup> (bzw. A + B)	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Der Nachweis der Immunität kann entweder durch Bestätigung der erforderlichen Impfungen oder durch einen positiven Antikörpertiter erfolgen. Bitte nach Möglichkeit Impfstoffname und Titerhöhe angeben.

<sup>2</sup> Falls Diphtherie-Tetanus-Pertussis ohne Poliomyelitis geimpft wurde.

<sup>3</sup> Nur für Angehörige der Gesundheitsberufe. Auszubildende werden bei Bedarf vor dem ersten Praxiseinsatz über die Ausbildungseinrichtung grundimmunisiert.

<sup>4</sup> Bei kürzlich begonnener Grundimmunisierung gegen Hepatitis B sind zwei Impfungen ausreichend. Der Nachweis der 3. Impfung kann binnen 6 Monaten nachgereicht werden.

**Ich bestätige die Immunität bzw. ausreichende Immunisierung gem. Anwendungsempfehlung des Nationalen Impfgremiums gegen die oben genannten Erkrankungen.**

Attestierende(r) Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

(Blockbuchstaben)

Unterschrift und Stempel: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_