

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

### Kurzzeitbeschäftigte/Kurzzeitpraktikanten im Gesundheitsdienst

(z.B. FSJ, BFD, Praktikanten, FamLulanten, Gastärzte, HiWi)

**Zur Bearbeitung durch den Hausarzt und zur Vorlage bei der einstellenden Stelle vor Beginn der Tätigkeit**

Bitte wenden Sie sich rechtzeitig vor Tätigkeitsbeginn (min. 12 Wochen vorher) an Ihren Hausarzt.

**Der Immunstatus muss dokumentiert sein und muss bei Fehlen ergänzt werden.**

**Für weiterführende Diagnostik u. Impfungen können ggf. Kosten anfallen, die vom Bewerber zu übernehmen sind.**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon: .....

Anschrift: ..... PLZ ..... Ort .....

Zeitraum von ..... bis ..... Einsatzort/Arbeitsplatz: .....

**Bitte Kopien des Impfausweises und der serologischen Befunde beifügen!**

**Nur gültig in Verbindung mit diesen Nachweisen!**

Folgende Immunitätsnachweise sind <b>EINSTELLUNGSVORAUSSETZUNG</b>			
Impfung	Erläuterung	ja	
Tetanus Diphtherie Pertussis	• Grundimmunisierung (* entsprechend STKO)	<input type="checkbox"/>	
	• Die letzte Impfung liegt nicht länger als 10 Jahre zurück	<input type="checkbox"/>	
	• Kombinationsimpfung mit Pertussis zuletzt am	Datum _____	
Polio	• Grundimmunisierung ist erfolgt (* s.o.)	<input type="checkbox"/>	
	• und 1 x Auffrischimpfung (nach dem 14. Lj) ist erfolgt	Datum _____	
Masern Mumps Röteln	• Zwei Impfungen sind erfolgt	Datum 1. MMR	Datum 2. MMR
	• <b>oder</b> Serologischer Immunitätsnachweis(IgG) liegt vor	<input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masern</li> <li>• Mumps</li> <li>• Röteln</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	• Zwei Impfungen sind erfolgt	Datum 1. Dosis	Datum 2. Dosis
	• oder Serologischer Immunitätsnachweis (IgG) liegt vor	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	Gamma-Interferontest od. Röntgenthorax <b>nur</b> obligatorisch für Bewerber aus Endemiegebieten <b>oder</b> für Personen, die sich in den letzten 3 Jahren länger als 2 Monate in Endemiegebieten aufgehalten haben <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gamma-Interferon-Test negativ</li> <li>• Röntgen-Thorax: unauffällig</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	• 3 Impfungen sind erfolgt  • und anti-HBs: _____ IU/l	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A	Bei Einsatz in Frauenklinik, Kinderklinik oder Psychiatrie Voraussetzung. Mindestens 1 Impfung, in den letzten 12 Monaten erfolgt <b>oder</b> es sind 2 Impfungen innerhalb der letzten 25 Jahre erfolgt. Datum der letzten Impfung _____	Datum _____	

Fehlende geforderte Laboruntersuchungen od. Impfungen können gegen Bezahlung (nicht erstattungsfähig) beim BÄD durchgeführt werden.

Bescheinigender Arzt (Name):

Anschrift:

Tel.:

Datum

Unterschrift

Stempel