

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG Kurzeitbeschäftigte/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 EINSTELLUNGSVORAUSSETZUNG			
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
	• oder Serologischer Immunitätsnachweis(IgG) liegt vor	<input type="checkbox"/>	
	• Masern	<input type="checkbox"/>	
	• Mumps	<input type="checkbox"/>	
	• Röteln	<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 nur obligatorisch für Bewerber aus Endemiegebieten oder für Personen, die sich in den letzten 3 Jahren länger als 2 Monate in Endemiegebieten aufgehalten haben	<input type="checkbox"/>	
	• Gamma-Interferon-Test negativ	<input type="checkbox"/>	
	• Röntgen-Thorax: unauffällig	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	• 3 Impfungen sind erfolgt	<input type="checkbox"/>	
	• und anti-HBs: _____ IU/l	Datum _____	
Hepatitis A	Bei Einsatz in Frauenklinik, Kinderklinik oder Psychiatrie Voraussetzung. Mindestens 1 Impfung, in den letzten 12 Monaten erfolgt oder es sind 2 Impfungen innerhalb der letzten 25 Jahre erfolgt.	<input type="checkbox"/>	
	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