

Ärztliches Attest für Praktikanten im Krankenhaus

Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Zur Bearbeitung durch den Hausarzt und zur Vorlage im Kreiskrankenhaus Grünstadt vor Beginn des Praktikums. Bitte wenden Sie sich rechtzeitig vor Praktikumsbeginn an Ihren Hausarzt.

Aufgrund der Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes ist ein Praktikum in unserem Hause nur möglich, wenn Sie uns spätestens 6 Wochen vor Beginn des Praktikums diese ärztliche Bescheinigung über die Vollständigkeit des Impfschutzes vorlegen.

Wir weisen Sie vorab darauf hin, dass ein Praktikum in unserem Hause ohne ausreichenden Impfschutz nicht möglich ist.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir keine Kosten für weiterführende Diagnostik (z.B. Titerbestimmung), Impfungen oder Kosten für diese ärztliche Bescheinigung übernehmen können.

Folgende Immunitätsnachweise sind verpflichtend und damit Einstellungsvoraussetzung			
Impfung	Erläuterung	JA	NEIN
Tetanus Diphtherie Pertussis	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens drei Impfungen sind erfolgt • Die letzte Impfung liegt nicht länger als 10 Jahre zurück • Kombinationsimpfung zuletzt am _____ (Datum) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Masern Mumps Röteln	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt • Letzte Impfung am _____ (Datum) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizellen	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt • Letzte Impfung am _____ (Datum) oder • Serologischer Immunitätsnachweis (IgG) liegt vor 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens drei Impfungen sind erfolgt • Letzte Impfung am _____ (Datum) und • Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs > 100 U/l oder anti-HBc positiv) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Folgende Immunitätsnachweise sind empfohlen und dienen Ihrem Eigenschutz			
Hepatitis A	<ul style="list-style-type: none"> • Erforderlich bei Einsatz in der Frauenheilkunde, Kinderklinik und Psychiatrie • Mindestens zwei Impfungen im Abstand von 6 Monaten • Die letzte Impfung erfolgte am _____ (Datum) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens vier Impfungen sind erfolgt und • Eine Auffrischungsimpfung (nach dem 14. Lebensjahr) ist erfolgt 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift Hausarzt, Stempel

