Einsatz geplant im Fachbereich: Dauer:­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­**Wichtiger Hinweis für Berufspraktikanten: sofern Sie sich in Ihrer Ausbildung bereits einer arbeitsmedizinischen Vorsorge unterzogen haben, legen uns bitte die letzte Bescheinigung Ihres Betriebsarztes vor, einschließlich der erhobenen Laborbefunde**

**ÄRZTLICHES ATTEST FÜR PRAKTIKANTEN IM GESUNDHEITSWESEN**

Zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage bei der einstellenden Einrichtung **VOR** Beginn des Praktikums

|  |
| --- |
| Dieses Dokument sollte dem / der zukünftigen Praktikant/in mindestens 8 Wochen vor Beginn des Praktikums zugestellt werden. Er/sie muss damit ***mindestens*** 6 Wochen vorher zum Hausarzt gehen, damit die Möglichkeit einer ausreichenden Immunisierung gegeben ist. |

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Krankheiten ist.

**Hepatitis A\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **JA** | **Nein** |
|  | Mindestens eine Impfung ist durchgeführt |  |  |
| Die zweite Impfung erfolgt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**Hepatitis B\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt |  |  |
| die zweite Impfung ist erfolgt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(mindestens zwei Wochen vor Beginn des Praktikums) | | |
| oder |  |  |  |
|  | Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti- HBs > 100 U/l ) |  |  |
| **Masern/Mumps/Röteln\*** | | | |
|  | Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt |  |  |
| oder |  |  |  |
|  | serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern/Mumps u Röteln liegt vor |  |  |

**Windpocken (Varizellen)\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Impfnachweis |  |  |
|  | Serologischer Nachweis eins Schutzes gegen Windpocken liegt vor |  |  |

**Keuchhusten (Pertussis)\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mindestens vier Impfungen sind erfolgt |  |  |
|  | Keuchhusten sicher durchgemacht (mikrobiologische Bestätigung innerhalb der letzten 10 Jahre) |  |  |

**Polio\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mindestens vier Impfungen sind erfolgt |  |  |

**Influenza\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | saisonaler Nachweis einer Influenza-Impfung ist erfolgt |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort Datum Unterschrift Stempel

\*Bei Personen bis zum 18. Lebensjahr werden die Kosten für Impfungen gegen Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken in der Regel von den Krankenkassen übernommen. Bei Frauen mit Kinderwunsch gilt dies in Bezug auf Keuchhusten, Windpocken und Röteln auch jenseits des 18. Lebensjahrs.