



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

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

² Falls Diphtherie-Tetanus-Pertussis ohne Poliomyelitis geimpft wurde.

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

⁴ 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: _____