



## Ärztliches Attest zum Impfstatus und der Gesundheit

für Schülerbetriebspraktika

Anlage zum Meldebogen (bei Bedarf vom Arzt auszufüllen)

	Ja	Nein
<b>Masern</b> Mindestens zwei Impfungen wurden im Kindesalter durchgeführt oder Serologischer Schutznachweis liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mumps</b> Mindestens zwei Impfungen wurden im Kindesalter durchgeführt oder Serologischer Schutznachweis liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Röteln</b> Mindestens zwei Impfungen wurden im Kindesalter durchgeführt oder Serologischer Schutznachweis liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Windpocken</b> Mindestens zwei Impfungen wurden im Kindesalter durchgeführt oder Serologischer Schutznachweis liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hepatitis A</b> Mindestens eine Impfung wurde durchgeführt die zweite Impfung erfolgt am _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hepatitis B</b> Mindestens zwei Impfungen wurden durchgeführt die zweite Impfung ist am _____ erfolgt (Spätestens zwei Wochen vor Antritt des Praktikums)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tetanus</b> Mindestens drei Impfungen wurden durchgeführt Eine Auffrischung wurde am _____ durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diphtherie</b> Mindestens drei Impfungen wurden durchgeführt Eine Auffrischung wurde am _____ durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Polio</b> Mindestens vier Impfungen (oral/i.m.) oder drei Impfungen (i.m) wurden durchgeführt Eine Auffrischung wurde am _____ durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Keuchhusten</b> Mindestens drei Impfungen wurden durchgeführt Eine Auffrischung wurde am _____ durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frau/Herr \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ verfügt über einen ausreichenden Immunstatus gegen die oben aufgeführten Krankheiten.

Ja  Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/ Herr \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ körperlich und geistig gesund sowie frei ist von ansteckenden Erkrankungen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes