

## IV. Vorlage für ein ärztliches Attest

### Ärztliches Attest zum Impfstatus und der Gesundheit des/der Praktikanten/in bzw. des/der FSJler/in

#### Masern<sup>1</sup>

		JA	NEIN
	Mindestens zwei Impfungen wurden im Kindesalter durchgeführt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
	Serologischer Schutznachweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Mumps<sup>1</sup>

	Mindestens zwei Impfungen wurden im Kindesalter durchgeführt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
	Serologischer Schutznachweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Röteln<sup>1</sup>

	Mindestens zwei Impfungen wurden im Kindesalter durchgeführt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
	Serologischer Schutznachweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Windpocken<sup>1</sup>

	Mindestens zwei Impfungen wurden im Kindesalter durchgeführt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
	Serologischer Schutznachweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hepatitis A<sup>1</sup>

	Mindestens eine Impfung wurde durchgeführt. <sup>2</sup> Die zweite Impfung erfolgt am: _____.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	--------------------------

#### Hepatitis B<sup>1</sup>

	Mindestens zwei Impfungen wurden durchgeführt. <sup>2</sup> Die zweite Impfung ist am _____ erfolgt. (Spätestens zwei Wochen vor Antritt des Praktikums!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
	Serologischer Schutznachweis liegt vor [anti-HBs > 100 U/l (nach Impfung) oder anti-HBc und anti-HBs (bei ausgeheilter Hepatitis B-Erkrankung) positiv]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Tetanus<sup>1</sup>

	Mindestens drei Impfungen wurden durchgeführt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine Auffrischimpfung wurde am _____ durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Diphtherie<sup>1</sup>**

		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
	Mindestens drei Impfungen wurden durchgeführt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine Auffrischimpfung wurde am _____. _____. _____ durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Polio<sup>1</sup>**

	Mindestens vier Impfungen (oral/i.m.) oder drei Impfungen (i.m.) wurden durchgeführt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine Auffrischimpfung wurde am _____. _____. _____ durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Keuchhusten<sup>1</sup>**

	Mindestens drei Impfungen wurden durchgeführt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine Auffrischimpfung 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

<sup>1</sup> Bei Personen bis zum 18. Lebensjahr werden die Kosten für Impfungen gegen Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis in der Regel von den Krankenkassen übernommen. Bei Frauen gilt dies in Bezug auf Röteln und der Regel für Windpocken auch jenseits des 18. Lebensjahrs.

<sup>2</sup> Die Nachweise müssen in schriftlicher Form vorliegen.

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

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Stempel und Unterschrift des Arztes