

Ärztliches Attest

Nach **IfSG § 23a** ist ein umfassender Impfschutz des Personals einschließlich der **Praktikanten und Studierenden** erforderlich.

Bitte achten Sie darauf, dass das Attest **korrekt ausgefüllt** ist und **fehlende Impfungen möglichst sofort nachgeholt** werden. Mit **Unterschrift und Praxisstempel bestätigen Sie** den geforderten Impfschutz oder Antikörperschutz.

Die Kosten für Impfungen oder Titerbestimmungen beim Hausarzt werden vom Klinikum nicht übernommen (beachte TSVG, SBG V § 20i).

Fehlende Impfungen können kostenlos durch den Betriebsarzt am Klinikum Passau durchgeführt werden.

Telefon: 0851 / 5300 – 2410, E-Mail: betriebsarzt@klinikum-passau.de

Nachname, Vorname, Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Mobiltelefonnummer: _____

Geplanter Einsatzbeginn: _____

Eine Einstellung kann nur unter Vorlage eines Immunitätsnachweises gegen Masern erfolgen!

	Impfdatum	Ggf. Titer mit Datum	
SARS-COV-2	1.Impfung (Impfstoff): 2.Impfung (Impfstoff): 3.Impfung (Impfstoff): _____ Genesen:	Titer nicht zulässig	
Hepatitis A	1.Impfung: 2.Impfung*:		<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> nicht ausreichend
Hepatitis B / A+B (Anti-Hbs >100 IE/l)	1.Impfung: 2.Impfung: 3.Impfung*: Auffrischungen:	Anti-Hbs*: Datum:	<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> nicht ausreichend
Masern / Mumps / Röteln <small>*gemäß RKI ist für den Nachweis einer Mumps-Immunität kein serologisches Korrelat verfügbar</small>	1.Impfung: 2.Impfung*:		<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> nicht ausreichend
Varizellen (Windpocken)	1.Impfung: 2.Impfung*:	Titer: Datum:	<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> nicht ausreichend
Tetanus, Diphtherie, Pertussis	Grundimmunisierung abgeschlossen:* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuletzt:		(Empfehlung STIKO: alle 10 Jahre)
Polio	Grundimmunisierung und 1 Auffrischung durchgeführt:* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuletzt:		
Meningokokken A, C, W135, Y / B			
Influenza (November-April)			
Sonstige:			

*Pflichtfelder

Datum _____

Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____