



FORMBLATT INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS

Name und Geburtsdatum:

Bei Antritt Ihrer Arbeit muss eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und SARS-CoV-2 vorliegen - **nachgewiesen** durch einen ausreichenden Impfschutz (dokumentierte zweimalige Impfung) **ODER** durch eine positive Antikörperbestimmung (Titer).

Erforderlicher Infektionsschutznachweis:

	2 dokumentierte Impfungen	ODER	positiver IgG- Titer
	Impfdatum		AK-Titer
Masern	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		Datum
Mumps	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Röteln	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Varizellen	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
SARS-CoV-2	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Pertussis (Diphtherie, Tetanus, Polio)	Name Impfstoff: Datum der letzten Impfung:		

Dringend empfohlener Impfschutz:

<ul style="list-style-type: none"> ○ Hepatitis B (Engerix) ○ Hepatitis A und B (Twinrix) ○ Hepatitis A 	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ 3. Teilimpfung am _____ Auffrischung am _____		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Auszufüllen von Arzt/ Ärztin:

Es wird bestätigt, dass Frau/ Herr

_____, geboren am _____

Zum Zeitpunkt der Untersuchung am _____ der Impf- bzw. Infektionsschutz gegeben ist.

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt/Ärztin

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit des erforderlichen Infektionsschutzes bestätigt.