

Ärztliche Bescheinigung für Praktikanten/Famulanten/Hospitanten

zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage vor Praktikums-, Famulatur- bzw. Hospitationsbeginn

Hiermit wird bestätigt, dass

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

über folgenden Impfschutz verfügt:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

		ja	nein
Tetanus-, Diphtherie-, Pertussisimpfung	Impfungen sind erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	letzte Impfung erfolgte am:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	Impfungen sind erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	oder: serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird nur bei einem Patientennahen Einsatz benötigt:

		ja	nein
Hepatitis B	3 Impfungen laut STIKO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	letzte Impfung erfolgte am:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	Dokumentierte Erkrankung oder serologischer Nachweis oder Impfungen liegen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift des Hausarztes

Stempel