

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Matrikelnummer: _____

Unterschrift Student/Studentin: _____

Sehr geehrte Ärztin,
Sehr geehrter Arzt,

Für die praktische Ausbildung während des FH Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege sind seitens der Praktikumsstellen eine nachweisliche Immunität gegen nachstehende Infektionskrankheiten erforderlich. Diese müsse nachweislich durch eine zweimalige Impfung UND/oder einen **positiven Antikörpertiter** ärztlich bestätigt werden.

Bitte füllen Sie das Formular wahrheitsgemäß aus und bestätigen Sie dieses durch ihren Stempel und Unterschrift.

Stempel & Unterschrift Arzt/Ärztin: _____

Ort & Datum: _____

Zur Vorlage bei der Praktikumsstelle:

Impfung:	Ja (TI= Teilimpfung)	Titer IgG/ Datum	nein
Masern (verpflichtend)	1. TI am 2. TI am		
Mumps (verpflichtend)	1. TI am 2. TI am		
Röteln (verpflichtend)	1. TI am 2. TI am		
Varicellen (verpflichtend)	1. TI am 2. TI am		
Hepatitis B oder Hepatitis AB (verpflichtend)	1. TI am 2. TI am 3. TI am Auffrischung am:		
Diphtherie (optional)	Auffrischung am		
Tetanus (optional)	Auffrischung am		
Pertussis (optional)	Auffrischung am		
Polio (optional)	Auffrischung am		
FSME (optional)	Auffrischung am		
Grippeimpfung	Impfung am		

