
Impf-/Immunitätsstatuserhebung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Personenkennzeichen: _____

Unterschrift Student/Studentin: _____

**Sehr geehrte Ärztin,
Sehr geehrter Arzt,**

Für die praktische Ausbildung während des FH-Lehrgangs "Spezialisierung in der Intensivpflege" ist seitens der Praktikumsstellen eine nachweisliche Immunität gegen nachstehende Infektionskrankheiten erforderlich. Diese muss nachweislich durch eine zweimalige Impfung oder einen positiven Antikörpertiter ärztlich bestätigt werden.

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

Stempel & Unterschrift Arzt/Ärztin: _____

Ort & Datum: _____

Zur Vorlage bei der Praktikumsstelle:

| Impfung: | Ja (TI= Teilimpfung) | Titer IgG, Datum | Impfschutz NEIN | Impfschutz JA |
|--|--|------------------|---------------------------|-------------------------|
| 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 | | | |
| COVID-19 Impfung Impfstoff: | 1. TI bzw. Impfung am 2. TI am | | | |
| | | | | |