

# Ärztliches Attest

## (für PraktikantInnen, externe FamulantInnen; externe HospitantInnen; StipendiatInnen)

zum Nachweis eines ausreichenden Immunschutzes (§§ 23, 23a IfSG, Masernschutzgesetz) in medizinischen Einrichtungen

Es wird erwartet, dass die empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut einschließlich der empfohlenen Auffrischimpfungen durchgeführt wurden.

Bei **unvollständiger Grundimmunisierung** sind die **Impfungen** nach der STIKO-Tabelle „Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit fehlender Grundimmunisierung“ zu **vervollständigen**. **Fehlende Auffrischimpfungen** sowie eine ggf. **fehlende 2. MMR-Impfung** sind **nachzuholen**.

Hiermit wird bestätigt, dass:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Erkrankungen ist.**

Sie / er ist gegen die unten aufgeführten Krankheiten durch Impfung geschützt oder es wurden schützende Antikörper im Blut nachgewiesen.

### Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis

Grundimmunisierung (3 Impfungen) durchgeführt:

Tetanus: ja  nein

Diphtherie: ja  nein

Pertussis:

letzte Impfung nicht älter als 10 Jahre:

ja  nein

ja  nein

ja  nein

Poliomyelitis: Grundimmunisierung + 1 Auffrischimpfung im Jugend- oder Erwachsenenalter durchgeführt:

ja  nein

### Masern, Mumps, Röteln

zwei Impfungen (für nach 1970 geborene Personen)

oder

serologischer Schutznachweis:

(keine Krankenkassenleistung)

Masern: ja  nein

ja  nein

Mumps: ja  nein

ja  nein

Röteln\*: ja  nein

ja  nein

\*bei Männern reicht eine einmalige Röteln-Impfung aus

### Windpocken (Varizellen)

Grundimmunisierung (2 Impfungen) durchgeführt

ja  nein

oder Erkrankung anamnestisch sicher durchgemacht

ja  nein

oder serologischer Schutznachweis liegt vor (keine Krankenkassenleistung):

ja  nein

### Hepatitis B

für Praktika im Rahmen Berufsausbildung, Studium, Hospitation:

Grundimmunisierung (3 Impfungen) durchgeführt:  
(für über 18 Jährige keine Krankenkassenleistung)

ja  nein

Serologischer Schutznachweis: Datum ..... Anti-HBs .....  
(bei < 100 IE/l erneute Hepatitis B Impfung und Kontrolle Anti-HBs 4-6 Wochen nach Impfung)

Datum

Ort

Unterschrift

Stempel