

# Ärztliches Attest für Praktikanten im Krankenhaus

Hiermit wird bestätigt, dass

Name:

Vorname:

Geb.:

körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Erkrankungen ist.

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

**Hepatitis B** Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt  
(Impfung gegen Hep. B ist für Praktika in der Verwaltung mit reiner Bürotätigkeit **nicht** erforderlich!)

Anzahl der Vorimpfungen .....

Datum der letzten Impfung .....

Serologischer Schutznachweis: Anti-HBs ..... Datum .....

Sofern vorhanden: Anti-HBc ..... Datum .....

**Hepatitis A** Mindestens eine Impfung (nicht älter als 1 Jahr) ist erfolgt  
(Impfung gegen Hep. A ist für zweiwöchige Betriebspraktika von Schülern **nicht** erforderlich!)

Anzahl der Vorimpfungen .....

Datum der letzten Impfung .....

**Masern, Mumps, Röteln** Zwei Impfungen im Kindesalter oder eine als Erwachsener

Anzahl der Vorimpfungen .....

Datum der letzten Impfung .....

## Windpocken (Varizellen)

Serologischer Schutznachweis liegt vor: ja ☐ nein ☐

oder: Erkrankung anamnestisch sicher durchgemacht: ja ☐ nein ☐

oder Anzahl der Vorimpfungen .....

Datum der letzten Impfung .....

## Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis

Grundimmunisierung (3 Impfungen) durchgeführt: ja ☐ nein ☐

Letzte Impfung Tetanus ..... (sollte nicht länger als 10 Jahre zurückliegen)

Letzte Impfung Diphtherie ..... (sollte nicht länger als 10 Jahre zurückliegen)

Letzte Impfung Poliomyelitis .....

**Keuchhusten (Pertussis)** Letzte Impfung sollte nicht länger als 10 Jahre zurückliegen

Letzte Impfung Pertussis .....

Ort

Datum

Unterschrift

Stempel

---

## Stellungnahme Betriebsärztlicher Dienst BÄD des UKGM Standort Marburg

☐ Keine Bedenken

☐ Keine Bedenken unter folgenden Bedingungen: .....

☐ Einstellung für geplantes Praktikum wegen Unvollständigkeit oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich!

Datum

Unterschrift BÄD

(in Druckbuchstaben)