

# Ärztliches Attest III (externe FamulantInnen; externe HospitantInnen; StipendiatInnen)



UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
GIESSEN UND MARBURG  
Standort Marburg

zum Nachweis eines ausreichenden Immunschutzes (§§ 20, 20a, 23a IfSG) in medizinischen Einrichtungen

Es wird erwartet, dass **alle** empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut einschließlich der empfohlenen Auffrischimpfungen durchgeführt wurden. **Unvollständige Grundimmunisierungen** bzw. **fehlende Auffrischimpfungen** sind zu **vervollständigen/nachzuholen**.

Weiterhin ist die Dienstvereinbarung UK Marburg (2003) „Verhütung von nosokomialen Infektionsrisiken durch chirurgisch invasive Tätigkeit“ einzuhalten.

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:

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

letzte Impfung nicht älter als 10 Jahre:

ja  nein

ja  nein

ja  nein

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

## bei Einsatz im OP mit direkter Tätigkeit oder Assistenz im Operationsgebiet:

Hiermit wird bestätigt, dass keine blutübertragbaren Infektionskrankheiten bestehen (HBsAg, Anti-HCV und Anti-HIV sind negativ).

Ort

Datum

Unterschrift

Stempel