

# IMPF- und IMMUNITÄTSNACHWEIS



Titel, Vorname, Nachname:	Sozialversicherungsnummer/Geburtsdatum:
Wohnadresse:	E-Mail-Adresse:

Bitte lassen Sie Ihren persönlichen Impf- und Immunitätsnachweis von Ihrem Hausarzt bestätigen und geben Sie diesen bis spätestens vor Antritt des Praktikums bei Ihrem Praktikumsgeber und im WIFI OÖ ab. Bitte beachten Sie, dass Sie ggf. mit der Impfung/den Impfungen 6 Wochen vor Beginn Ihres Praktikums beginnen müssen, damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird. Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

	Datum der Impfung		Titerbestimmung
<b>COVID-19</b>	1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: 4. Impfung am:		
<b>Influenza</b>	Impfung am:		
<b>MMR Masern, Mumps, Röteln</b>	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Datum: Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio</b>	Grundimmunisierung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, letzte Auffrischung am:	oder	Datum: Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Windpocken (Varizellen)</b>	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Datum: Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Hepatitis B bzw. Hepatitis A/B (Kombi)</b>	1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am:  Letzte Auffrischung am:	oder	Datum: Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zu den freiwilligen Impf- und Immunitäts-nachweisen.

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin