

# 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 vor Antritt des Praktikums Ihrem Praktikumsgeber 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