

Zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage bei der Klinik Mellersdorf VOR Einsatzbeginn an: _____

pflegedirektion@klinik-mallersdorf.de oder Krankenhausstr. 6, 84088 Mellersdorf-Pfaffenberg

Die §§ 23 und 23a des Infektionsschutzgesetzes verpflichten uns dazu, den Impfstatus zu erheben. **Sollte eine der unten aufgeführten Impfungen nicht vorhanden sein, kann Ihr Einsatz in unserem Haus leider nicht stattfinden.**

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/Herr _____, geb. _____

körperlich und geistig gesund ist und frei von folgenden ansteckenden Erkrankungen:

Hepatitis B

- Eine komplette Grundimmunisierung mit drei Impfungen ist dokumentiert.
- Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. Die zweite Impfung war am _____.____.____ (mindestens zwei Wochen vor Einsatzbeginn!).

Masern/Mumps/Röteln

- Zwei Impfungen sind erfolgt.

Varizella-Zoster-Virus (VZV) (Windpocken)

- Nachweis eines Schutzes gegen VZV liegt vor.
- durchgemachte Windpockeninfektion

Diphtherie, Pertussis, Tetanus

- Nachweis letzte Impfung gegen Diphtherie vor weniger als 10 Jahren liegt vor.
- Die letzte Impfung wurde vor mehr als 10 Jahren durchgeführt. Eine Auffrischung ist erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Stempel Arztpraxis