Universität Rostock Traditio et Innovatio

Universitätsmedizin Rostock

Ärztliches Attest für Praktikanten

und Bundesfreiwillige (aber nur für Bufdis, falls noch < 18. Lebensjahr!)

zur Vorlage <u>vor</u> Arbeitsbeginn im Pflegevorstandsbüro der Universitätsmedizin Rostock

! Bitte vom HAUSARZT ausfüllen lassen !

Dieses Dokument sollte mindestens 8-12 Wochen vor Beginn der Tätigkeit an der UMR der unten angeführten Person zugestellt werden. Sie/er muss damit baldmöglichst – ***spätestens 6 Wochen vorher*** – den Hausarzt aufsuchen, damit aktuell die ausreichende Immunisierung überprüft bzw. mit der Immunisierung begonnen werden kann.

Hiermit wird bestätigt, dass _____ geb. _____

Straße_____ PLZ:_____ Wohnort_____

körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Erkrankungen ist.

Angaben zum Immunstatus	**BEFUND: Bitte vom HAUSARZT Zutreffendes ankreuzen (mit Datum)!**	
Hepatitis B	o Grundimmunisierung bzw. ausreichende Immunität mindestens für 10 Jahre, da HBs-AK ≤ 100 IU/l **am:** **HBs-AK:** **IU/l**	
	HBc-AK: (falls HBc-AK positiv: HBs Ag!)	o negativ o positiv
Masern	o 2 Impfungen gemäß STIKO erhalten o oder mind. 1 Impfung im Erwachsenenalter **<u>erhalten am:</u>** o bzw. <u>sicher</u> durchgemacht! o bzw. Serologischer Schutznachweis (Masern-AK IgG) liegt vor **vom:**	
Mumps	o 2 Impfungen gemäß STIKO erhalten o oder mind. 1 Impfung im Erwachsenenalter **<u>erhalten am:</u>** o oder <u>sicher</u> durchgemacht! o bzw. Serologischer Schutznachweis (Mumps-AK IgG) liegt vor **vom:**	
Röteln	o 2 Impfungen gemäß STIKO erhalten o oder mind. 1 Impfung im Erwachsenenalter **<u>erhalten am:</u>** o oder <u>sicher</u> durchgemacht! o bzw. Serologischer Schutznachweis (Röteln-AK IgG) liegt vor **vom**:	
Varizellen (Windpocken)	o 2 Impfungen gemäß STIKO erhalten o oder <u>sicher</u> durchgemacht! o bzw. Serologischer Schutznachweis (VZV-AK IgG) liegt vor **vom:**	
Hepatitis A (z.B. nur bei Einsatz in der Pflege oder im Dezernat Technik einschließlich Sanitärbereiche!)	o 2 Impfungen gemäß STIKO erhalten o oder mind. 1 Impfung im Erwachsenenalter **<u>erhalten am:</u>** o oder <u>sicher</u> durchgemacht! o bzw. Serologischer Schutznachweis liegt vor **vom:**	
Tetanus/Diphtherie/Poliomyelitis/Pertussis	o Grundimmunisierung vollständig gemäß STIKO erhalten o bzw. Auffrischimpfung innerhalb der letzten 10 Jahre **<u>zuletzt am</u>**:	

BEMERKUNGEN: Ein ausreichender Impf-/Immunstatus für das vorgesehene Einsatzgebiet bzw. die Tätigkeit ist aktuell vorhanden!

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift Arzt und Stempel**