

Dokumentation über Impf-/Immunstatus für Studenten, Praktikanten und Hospitanten an der UMR

Reset

Name, Vorname	
Geb.-Datum	

Angaben zum Immunstatus, der bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge vom erhoben wurde:		
Hepatitis B	☐ 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!)	☐ negativ ☐ positiv
Hepatitis C	HCV-AK: (falls positiv, Zusatzuntersuchungen nötig!)	
		☐ negativ ☐ positiv
HIV (Bestimmung <u>freiwillig</u>!)	HIV1/2-AK: (falls positiv, Zusatzuntersuchungen nötig!)	
		☐ negativ ☐ positiv
Varizellen (Windpocken)	☐ Impfungen vollständig gemäß STIKO oder ☐ serologischer Nachweis (VZV-AK-IgG) vom: 	
Masern	☐ Impfungen vollständig gemäß STIKO oder ☐ serologischer Nachweis (Masern-AK-IgG) vom: 	
Mumps	☐ Impfungen vollständig gemäß STIKO oder ☐ serologischer Nachweis (Mumps-AK-IgG) vom: 	
Röteln	☐ Impfungen vollständig gemäß STIKO oder ☐ serologischer Nachweis (Röteln-AK-IgG) vom: 	
Tetanus/Diphtherie/Polio/Pertussis	☐ Grundimmunisierung bzw. Auffrisch-Impfung in den letzten 10 Jahren gemäß STIKO erhalten zuletzt am: 	
Hepatitis A	☐ Grundimmunisierung bzw. Auffrisch-Impfung gemäß STIKO erhalten, zuletzt am: ☐ bzw. serologischer Nachweis (HAV IgG) vom: 	
Influenzaimpfung (freiwillig)	☐ Impfung, zuletzt am: 	
Covid-19 (freiwillig)	1. Impf. mit: am: 2. Impf. mit: am: 3. Impf. mit: am: 	

HINWEIS: Standardimpfungen sollten im Erwachsenenalter gemäß STIKO-Empfehlungen vorliegen bzw. können beim Hausarzt vervollständigt werden. Beruflich indizierte Impfungen im Gesundheitswesen werden gemäß Infektionsschutzgesetz [IfSG §20 Abs. 8 und §23a], Masernschutzgesetz vom 01. März 2020, den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut und dem Arbeitsschutzgesetz [ArbSchG §15] gefordert. Die Kosten dafür sind vom Arbeitgeber zu tragen.

BEMERKUNGEN: Ein ausreichender Impf-/Immunstatus für die Tätigkeit als:

☐ ist aktuell vorhanden bis mindestens:

☐ ist nicht vorhanden aus folgenden Gründen:

Ort, Datum: Stempel und Unterschrift des Arztes