

Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung sowie des Immunitätsstatus laut Biostoffverordnung und des MasernschutzG

Name, Vorname	Geburtsdatum, - ort
Anschrift	

Angestrebte Ausbildung im Bereich Gesundheit-Pflege:

- Pflegeassistentin bzw. Pflegeassistent
- Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann
- Heilerziehungspflegerin bzw. Heilerziehungspfleger

Der/Die Obengenannte ist von mir heute ärztlich untersucht worden.
Anhaltspunkte dafür, dass er/sie wegen eines **körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte, wegen einer Sucht oder aufgrund des Vorliegens übertragbarer Krankheiten** zur Ausübung eines Berufes im Bereich Gesundheit-Pflege unfähig oder ungeeignet ist, liegen nicht vor.

Dieser Nachweis soll bei Beginn der Ausbildung nicht älter als drei Monate sein.

Verpflichtender Nachweis:

<u>Masernimpfung /MMR (Mumps-Masern-Röteln)</u> (Zutreffendes bitte ankreuzen)		Ja	Nein
	Mindestens 2 Impfungen sind erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder	Serologischer Schutznachweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes Stempel

Erforderlich bei jeder Art von patientennaher Tätigkeit in der Akutpflege/Krankenhaus:

<u>Hepatitis A</u>		Ja	Nein
	Vollständige Grundimmunisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder	Mindestens eine Impfung ist in den letzten 12 Monaten durchgeführt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder	Serologischer Schutznachweis liegt vor (HAV-AK IgG positiv).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes Stempel

Impfempfehlungen für Pflegepersonal laut STIKO / KRINKO*:

SARS – CoV-2		(Zutreffendes bitte ankreuzen)	
		Ja	Nein
	Vollständige Impfung gegen das Coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hepatitis B		Ja	Nein
	Vollständige Grundimmunisierung, bestehend aus 3 Impfungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder	Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt in den letzten 6 Monaten. Die zweite Impfung ist am _____.____.____ erfolgt (mindestens zwei Wochen vor Antritt der Ausbildung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder	Serologische Immunität liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Windpocken		Ja	Nein
	Mindestens 2 Impfungen im Kindesalter sind erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder	Serologischer Schutznachweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder	Sicher durchgemachte Infektion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Polio		Ja	Nein
	Grundimmunisierung mit mindestens 3 Impfungen ist erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____ Stempel _____

*Impfungen von Personal in medizinischen Einrichtungen in Deutschland: Empfehlung zur Umsetzung der gesetzlichen Regelung in §23a Infektionsschutz-gesetz Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, Stand 21-04-30 bzw. 23-02-09. Zugriff am 24-12-07