

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

Angestrebte Ausbildung im Bereich Gesundheit-Pflege:

Name, Vorname	Geburtsdatum, - ort
Anschrift	

- 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.**

### SARS – Cov-2

	Ja	Nein
Vollständige Impfung gegen das Coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hepatitis B

(Zutreffendes ankreuzen)

	Ja	Nein
Vollständige Grundimmunisierung, bestehend aus 3 Impfungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b> 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"/>
<b>oder</b> Serologische Immunität liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Masern/ Mumps/ Röteln

Ja      Nein

Mindestens 2 Impfungen sind erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b> Serologischer Schutznachweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Windpocken

Ja      Nein

Mindestens 2 Impfungen im Kindesalter sind erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b> Serologischer Schutznachweis liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b> 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"/>
--	--------------------------	--------------------------

### Hepatitis A (erforderlich bei jeder Art von patientennaher Tätigkeit in der Akutpflege/Krankenhaus)

Ja      Nein

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

Ort

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel