

Nachweis Infektionsschutz bei Tätigkeiten im Kepler Universitätsklinikum

Titel, Vorname, Name: Geburtsdatum:

Tätigkeit: Vers. Nr.:

Vorausgesetzte Impfungen

		Impfdatum	Titer Datum
Röteln		1. Impfung 2. Impfung	
Masern- Mumps		1. Impfung 2. Impfung	
Masern- Mumps- Röteln		1. Impfung 2. Impfung	
Varizellen (Schafblättern)		Durchgemacht am (Jahr): 1. Impfung 2. Impfung	
Hepatitis B - Engerix	1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung Auffrischungs-Impfung	Hepatitis AB -Twinrix	1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung Auffrischungs-Impfung Letzter quantitativer Hepatitis B-Titer:

Andere empfohlene Impfungen bitte mit Datum bekanntgeben:

	Impfdatum
Hepatitis A	1. Impfung 2. Impfung
Pertussis (Keuchhusten)	
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	
Diphtherie	
Tetanus	
Andere	

Haben/ Hatten sie eine **Hepatitis C** Erkrankung: ja nein

Datum: Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin: