

Nachweis Infektionsschutz
bei Tätigkeiten im Kepler Universitätsklinikum

Name:	SVNR / Geb. Dat.
Adresse:	Email privat:
	Handy:

Verpflichtende Impfnachweise	Impfdatum	Impfempfehlung
Masern – Mumps – Röteln (Zweimalige Impfung erforderlich)	1. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	2. Impfung	
Wenn keine zweimalige Impfung vorliegt, ist eine Titerbestimmung erforderlich	Masern Titer:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Mumps Titer:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Röteln Titer:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Varizellen (Schafblattern)	Nachweislich durchgemacht (Jahr):	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Titer:	
Nicht durchgemacht, Titer negativ	1. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	2. Impfung	
Hepatitis B (Grundimmunisierung mit 3 Impfungen) Name Impfstoff:	1. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	2. Impfung	
	3. Impfung	
	Auffrischung:	Nächste fällige Impfung:
	Titer:	

Empfohlene Impfnachweise	Letztes Impfdatum:	Impfempfehlung
Pertussis (Keuchhusten)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Poliomyelitis (Kinderlähmung)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diphtherie		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tetanus		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A Name Impfstoff:	1. Impfung 2. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Ärztliche Bestätigung:	
Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt eine ausreichende Immunität gegen	
<input type="checkbox"/> Masern/Mumps/Röteln,	
<input type="checkbox"/> Varizellen und	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B besteht.	
Ich bestätige hiermit die Richtigkeit zu den Angaben zu den freiwilligen Impfnachweisen.	
Datum:	Unterschrift und Stempel des Arztes: