

Ärztliches Attest

Name:

Geburtsdatum: SV-Nr.

Sehvermögen: Hörvermögen:

Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke):

.....

Herz-Kreislauf-Lungenfunktion:

.....

Hautprobleme: nein ja welche:

Allergien: nein ja welche:

Psychische Belastbarkeit :

.....

Sonstige relevante Beeinträchtigungen oder Krankheiten:

.....

.....

Impfungen

Grundimmunisierung vorhanden: nein ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen laut Impfpass:

.....

.....

vgl. Zusatzblatt – Infektionsschutz Anforderungen für Praktikant/innen (Pflegeassistenz – Krankenhaus)

Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die erforderliche gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegeassistenz gegeben ist - GuKG §27 (1), 2 und PA-PFA-AV §10 (2) 2.

Eignung Pflegeassistenz: ist gegeben ist nicht gegeben

.....

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift
untersuchenden Ärztin/untersuchender Arzt

Infektionsschutz Anforderungen für PraktikantInnen im Akutbereich

Name PraktikantIn:

Geburtsdatum: **Vers. Nr.**

Bei Antritt des Praktikums soll eine Immunität gegen Röteln, Masern, Mumps und Varicellen entweder durch eine nachgewiesene zweimalige Impfung oder einen positiven Antikörpertiter vorliegen.

	Impfdatum	Titer/ Datum
Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:	
Masern	1. Impfung: 2. Impfung:	
Mumps (epidemische Parotitis)	1. Impfung: 2. Impfung:	
Varicellen (Schafblattern)	1. Impfung: 2. Impfung:	

Andere Impfungen bitte mit Datum bekanntgeben:

	Impfdatum	
Hepatitis B	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: Auffrischungen:	Letzter quantitativer Titer Höhe: Datum:
Hepatitis A		
Pertussis (Keuchhusten)		
Poliomyelitis (Kinderlähmung)		
Diphtherie		
Tetanus		

Haben/ hatten Sie eine Hepatitis C-Erkrankung: ja nein

Es wird hiermit der geforderte Impfschutz oder Antikörpertiter bestätigt:

.....
Unterschrift und Stempel
Ärztin/ Arztes