

Ärztliches Attest für Kurzzeitbeschäftigte im Gesundheitsdienst

Hiermit wird bestätigt, dass bei,
geb.am..... keine Hinweise auf eine körperliche oder geistige Einschränkung
gegeben sind, die der Durchführung einer kurzzeitigen Beschäftigung im Gesundheitsdienst
entgegenstehen. Es besteht kein Hinweis auf ansteckende Erkrankungen.

Zur Vermeidung einer individuellen Ansteckung, aber auch zum Schutze der empfänglichen (u.U. immunsupprimierten)
Patienten, ist ein Nachweis über folgende (von der STIKO empfohlenen) Standardimpfungen Voraussetzung für den
Beginn des Praktikums. Mit der Unterschrift des Arztes/der Ärztin wird die Eignung des kurzzeitig Beschäftigten unter
ausnahmsloser Erfüllung der Voraussetzungen (siehe Tabelle Impfstatus) bestätigt.

Hinweis: Im Rahmen des Praktikums werden verletzungssträchtige Tätigkeiten ausgeschlossen. Kontakt zu
Körperflüssigkeiten kann unter Aufsicht und Einsatz der üblichen Schutzausrüstung vorkommen.

**Für Impfungen, Titer-Bestimmung sowie für die Ausstellung dieses Attests werden seitens des
Unfallkrankenhauses Berlin keine Kosten übernommen.**

Einsatzzeitraum im ukb: von.....bis zum

Voraussetzungen:

1. Hepatitis A

- Mindestens 1 Impfung (5 Monate bis 14 Tage vor Praktikumsantritt)
oder
- 2 Impfungen gemäß STIKO/Fachinformation in den letzten 25 Jahren
oder
- ein aktueller serologischer Nachweis über Immunität.

2. Hepatitis B

- Grundimmunisierung gemäß STIKO/Fachinformation
oder
- ein aktueller serologischer Nachweis über Immunität (Anti-HBs > 100 IU/l).

3. Masern/ Mumps/ Röteln

- Mindestens 2 Impfungen gemäß STIKO/Fachinformation (für nach 1970 Geborene)
oder
- ein aktueller serologischer Nachweis über Immunität.

4. Windpocken

- Mindestens 2 Impfungen gemäß STIKO/Fachinformation
oder
- ein aktueller serologischer Nachweis über Immunität

5. Tetanus/ Diphtherie/ Keuchhusten

- Grundimmunisierung gemäß STIKO/Fachinformation
und
- letzte Impfung weniger als 10 Jahre zurückliegend

6. Poliomyelitis

- Grundimmunisierung gemäß STIKO/Fachinformation
und
- mindestens eine Auffrischungsimpfung im Jugend- oder Erwachsenenalter

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Stempel des Arztes