



Durch den **Hausarzt** wird bestätigt, dass

bei Frau / Herrn geboren am:

keine **körperlichen und geistigen Einschränkungen** vorliegen

Keine Bedenken gegen die Ausübung des folgenden Berufs bestehen

OTA/ATA

Hebamme

PFF/PFFP (Pflegefachkraft/Pflegefachkraft Pädiatrie)

MFA

..... (anderer Ausbildungsberuf)

keine **Hauterkrankung** vorliegt, die eine Hautdesinfektionen und / oder das Tragen von Schutzhandschuhen verbietet

gegenwärtig kein Anhalt für eine **ansteckende Infektionskrankheit** besteht

ein **aktuell ausreichender Immunschutz** vorliegt und **im Impfpass dokumentiert** ist:

Hepatitis B

Grundimmunisierung abgeschlossen, d.h. drei Impfungen
letzte Impfung am:

Nachweis über Immunreaktion nach Infektion liegt vor

Tetanus / Diphtherie / Keuchhusten / Poliomyelitis

Nachweis letzte Impfung vor weniger als 10 Jahren liegt vor
letzte Impfung am:

Masern / Mumps / Röteln

Schutz durch 2 dokumentierte Impfungen liegt vor

Bestätigung der überstandenen Infektionen

Varizellen (Windpocken)

Schutz durch 2 dokumentierte Impfungen liegt vor

Bestätigung der überstandenen Infektion

COVID 19

Vollständiger Impfschutz durch dokumentierte Impfungen liegt vor

Überstandene Infektion
am

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift