



Durch den **Hausarzt** wird für

Frau / Herrn \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

folgender Impfstatus bestätigt (bitte zutreffende Aussagen ankreuzen):

**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

Ein ausreichender Impfschutz für das Praktikum ist vorhanden.

Anmerkungen: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift