



P-10-75 – Nachweis der Immunität (Masern)

Dieser Nachweis ist von Ihrem Hausarzt auszufüllen.

Bei Patientenkontakt kann der Nachweis auch von der betriebsärztlichen Dienststelle ausgefüllt werden.

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

| Erkrankung | Immunitätskriterien | Beurteilung |
|------------|--|---|
| Masern | zwei Impfungen gegen Masern sind erfolgt oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Masern (Masern-IgG pos.) liegt vor | Immunität ist anzunehmen Immunität ist nicht anzunehmen |

Ort, Datum

Unterschrift Arzt mit Stempel

Ich bin damit einverstanden, dass diese Bescheinigung vom Betriebsärztlichen Dienst direkt dem Dezernat Personalwirtschaft übersandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in