



P-10_68 – Nachweis der Immunität

Dieser Nachweis ist von Ihrem Hausarzt oder bisherigen Betriebsarzt auszufüllen

Erforderlich für alle Berufsgruppen mit Patientenkontakt:

z.B.:

- ärztliches Personal
- Pflegepersonal (z. B. Gesundheits- & Krankenpfleger, OTA, ATA, Hebammen, Pflegehelfer)
- Medizinische Fachangestellte (MFA) / Zahnmedizinische Fachangestellte (ZMFA)
- Verwaltungsangestellte in der Patientenaufnahme
- therapeutisches Personal (z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pädagogen, Erzieher)

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Erkrankung	Immunitätskriterien	Beurteilung
Windpocken	zwei Impfungen gegen Windpocken sind erfolgt oder Windpockenerkrankung in der Anamnese oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Windpocken (VZV-IgG pos.) liegt vor	<input type="checkbox"/> Immunität ist anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität ist nicht anzunehmen
Masern	zwei Impfungen gegen Masern sind erfolgt oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Masern (Masern-IgG pos.) liegt vor	<input type="checkbox"/> Immunität ist anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität ist nicht anzunehmen
Mumps	zwei Impfungen gegen Mumps sind erfolgt oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Mumps (Mumps-IgG pos.) liegt vor	<input type="checkbox"/> Immunität ist anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität ist nicht anzunehmen
Röteln	zwei Impfungen gegen Röteln sind erfolgt oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Röteln (Röteln-IgG pos.) liegt vor	<input type="checkbox"/> Immunität ist anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität ist nicht anzunehmen

Ort, Datum

Unterschrift Arzt mit Stempel