

## Immunitätsnachweis von zukünftigen PraktikantInnen der SOB-Pinkafeld (für Praktika im Pflegebereich)

---

Nachname, Vorname, Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_      Vers. Nr. \_\_\_\_

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit **muss** der Nachweis einer Immunität gegen durch Impfungen vermeidbarer Krankheiten wie **Masern, Mumps, Röteln, Varicellen** (Windpocken, Schafblattern) und **Hepatitis B** entweder durch nachgewiesene **Impfungen** oder einen **positiven Antikörpertiter** vorliegen.

	Impfdatum	Titer Datum
<b>Röteln</b>	1. Impfung	
	2. Impfung	
<b>Masern</b>	1. Impfung	
	2. Impfung	
<b>Mumps</b>	1. Impfung	
	2. Impfung	
<b>Varicellen (Schafblattern, Windpocken)</b>	1. Impfung	
	2. Impfung	
<b>Hepatitis B</b>	1. Impfung:	
	2. Impfung:	
	3. Impfung:	
	Auffrischungen:	

Ich, der/die behandelnde Ärztin/Arzt, **bestätige mit meiner Unterschrift**, dass die Voraussetzung für eine (**ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und eine zumindest begonnene Hepatitis B Immunisierung**) gegeben ist.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin \_\_\_\_\_