

	<b>Ärztliches Attest für Praktikanten im Krankenhaus</b>		Version: 4.1 Gültig: 03.02.2022 bis 03.02.2025
	FO-00463	Geltungsbereich: Pflegedienstleitung	Seite 1 von 1

für:

**Name:**

**Vorname:**

**Anschrift:**

**Einsatz geplant im Fachbereich:** \_\_\_\_\_

**zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage bei der Pflegedienstleitung vor Beginn des Praktikums**

Dieses Dokument sollte dem/der zukünftigen Praktikant/in mindestens 8 Wochen von Beginn des Praktikums zugestellt werden. Er/sie muss damit baldmöglichst – *mindestens 6 Wochen* vorher – zum Hausarzt gehen, damit die Möglichkeit einer ausreichenden Immunisierung gegeben ist.

Hiermit wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

körperlich und geistig gesund ist und frei von ansteckenden Erkrankungen.

**Für den Umgang mit Patienten ist der unten genannte Impfschutz vollständig erforderlich.**

### Hepatitis B

(erforderlich bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

		JA	NEIN
	Mindestens drei Impfungen sind durchgeführt. Die dritte Impfung ist am _____.____.____ erfolgt (mindestens zwei Wochen vor Antritt des Praktikums!).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>			
	Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs > 100 U/l) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Masern

(erforderlich bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit)

		JA	NEIN
	Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>			
	Serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Covid-19

(erforderlich bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit)

		JA	NEIN
	Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Tetanus / Diphtherie / Pertussis / Poliomyelitis

(erforderlich bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit)

		JA	NEIN
	Mindestens drei Impfungen sind erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine Auffrischimpfung wird von der STIKO zwischen zwischen 9 und 16 Jahren und dann alle 10 Jahre empfohlen.		

**Ort, Datum, Unterschrift, Stempel des behandelnden Arztes**