

(für alle Praktika in der Pflege des Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH)

Hiermit wird bestätigt, dass

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____

körperlich und geistig gesund sowie frei von ansteckenden Erkrankungen ist.
Sie / Er ist gegen die unten aufgeführten Krankheiten durch Impfung geschützt:

Pflichtimpfungen

Hepatitis B

Mindestens drei Impfungen zur Grundimmunisierung
innerhalb der letzten 10 Jahre sind erfolgt,

zuletzt am _____

ja

nein

Alternativ serologischer Schutznachweis
(Anti-HB >100U/l)

Anti-HBs: _____

am: _____

Masern (zwei Impfungen im Kindesalter)

ja

nein

→ **oder:** zwei Impfungen als Erwachsener gem. Stiko

ja

nein

Covid-19

Impfung 1 am _____

Impfung 2 am _____

Name Impfstoff _____

Name Impfstoff _____

Zusätzlich bei einem Praktikum in der Gastroenterologie / Geburtshilfe / Kinderklinik / Zentralen Notaufnahme:

Hepatitis A

Mindestens eine Impfung (*nicht älter als ein Jahr*) ist erfolgt: ja, am _____ nein

Zusätzlich bei einem Praktikum in der Geburtshilfe / Kinderklinik / Zentralen Notaufnahme:

Mumps, Röteln (zwei Impfungen im Kindesalter)

ja

nein

→ **oder:** eine Impfung als Erwachsener

ja

nein

Windpocken (Varizellen) anamnestisch sicher
durchgemacht

ja

nein

→ **oder:** serologischer Schutznachweis liegt vor

ja

nein

→ **oder:** Anzahl der bisherigen Impfungen

zuletzt am _____

Keuchhusten (Pertussis)

Die letzte Impfung darf nicht länger als 10 Jahre zurückliegen

Letzte Impfung am _____

Ort, Datum

Unterschrift

Arztstempel

Hinweis:

Die Kosten für dieses Attest und eventuell erforderliche Impfungen können nicht vom Klinikum übernommen werden. Bei Personen bis zum 18.Lebensjahr werden Kosten für Impfungen gegen Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken i.d.R. von den Krankenkassen übernommen.

zurücksenden an:

Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH
Sekretariat Pflegerische Geschäftsführung
Postbrookstrasse 103
27574 Bremerhaven