

---

## Impf-/Immunitätsstatuserhebung

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Personenkennzeichen: \_\_\_\_\_

**Unterschrift Student/Studentin:** \_\_\_\_\_

---

**Sehr geehrte Ärztin,  
Sehr geehrter Arzt,**

Für die praktische Ausbildung während des FH-Lehrgangs "Spezialisierung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege" ist für die Praktikumsstellen eine nachweisliche Immunität gegen nachstehende Infektionskrankheiten erforderlich. Diese muss nachweislich durch eine zweimalige Impfung oder einen positiven Antikörpertiter ärztlich bestätigt werden.

Bitte füllen Sie das Formular wahrheitsgemäß aus und bestätigen Sie dieses durch Ihren Stempel und Ihre Unterschrift.

**Stempel & Unterschrift Arzt/Ärztin:** \_\_\_\_\_

**Ort & Datum:** \_\_\_\_\_

**Zur Vorlage bei der Praktikumsstelle:**

Impfung:	Ja (TI= Teilimpfung)	Titer IgG, Datum	Impfschutz <b>NEIN</b>	Impfschutz <b>JA</b>
<b>Masern (verpflichtend)</b>	1. TI am 2. TI am			
<b>Mumps (verpflichtend)</b>	1. TI am 2. TI am			
<b>Röteln (verpflichtend)</b>	1. TI am 2. TI am			
<b>Varicellen (verpflichtend)</b>	1. TI am 2. TI am			
<b>Hepatitis B oder Hepatitis AB (verpflichtend)</b>	1. TI am 2. TI am 3. TI am Auffrischung am:			
Diphtherie (optional)	Auffrischung am			
Tetanus (optional)	Auffrischung am			
Pertussis (optional)	Auffrischung am			
Polio (optional)	Auffrischung am			
FSME (optional)	Auffrischung am			
Grippeimpfung	Impfung am			
COVID-19 Impfung Impfstoff:	1. TI bzw. Impfung am  2. TI am			