



## Ärztliches Attest – Impfstatus

zur Weitergabe an den behandelnden Arzt und  
zur Vorlage in der Schule bzw. bei der Praktikumsstelle

Hiermit wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
folgenden Impfstatus hat.

### Hepatitis A

		JA	NEIN
	Mindestens eine Impfung ist durchgeführt. Die zweite Impfung erfolgt am:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hepatitis B

	Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt. Die zweite Impfung ist am ____.:____.:____ erfolgt (mindestens zwei Wochen vor Antritt des Praktikums).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
	Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs > 100 U/l oder anti-HBc positiv).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Covid19-Impfung

		Ja	Nein
	Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt. Die zweite Impfung ist am ____.:____.:____ erfolgt  Boosterimpfung erfolgt am: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nicht geimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Masern/Mumps/Röteln

	Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
	Serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern, Mumps und Röteln liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Windpocken

	Serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Windpocken liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------	--------------------------

### Diphtherie/Pertussis/Poliomyelitis

	Mindestens drei Impfungen sind erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine Auffrischimpfung wird von der STIKO zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr empfohlen.		

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel