

Dokumentation zum Impfstatus/Impfschutz durch Ihren behandelnden Arzt

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Tetanus/ Diphtherie/ Polio/ Pertussis

-
- dokumentierte Impfung in den letzten 10 Jahren am: _____

Masern/ Mumps/ Röteln

-
- zwei Impfungen gegen MMR sind erfolgt
- oder**
-
-
- serologischer Immunitätsnachweis liegt vor gegen
-
- Masern
-
- Mumps
-
- Röteln

Windpocken

-
- zwei Impfungen gegen Windpocken sind erfolgt
- oder**
-
-
- sichere Windpockenerkrankung in der Anamnese
- oder**
-
-
- serologischer Immunitätsnachweis liegt vor

Hepatitis- Impfung

-
- Hepatitis B
-
-
- dokumentierte vollständige Grundimmunisierung
- oder**
-
-
- Anti HBs
- ≥ 100
- U/l am _____
-
-
- Hepatitis A
-
-
- dokumentierte vollständige Grundimmunisierung
- oder**
-
-
- serologischer Immunitätsnachweis liegt vor

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes