**Titel, Nachname, Vorname:**

 **Geburtsdatum: Vers. Nr.:**

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit muss eine Immunität gegen **Masern, Mumps, Röteln,** **Varizellen** und **Hepatitis B** vorliegen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Impfdatum |  | Titer | Immunität  |
| **Masern**  | 1.Impfung:2. Impfung: | oder  | Höhe:Datum: | Ja: Nein: |
| **Mumps** | 1.Impfung2.Impfung: | oder | Höhe:Datum: | Ja:Nein: |
| **Röteln** | 1.Impfung:2.Impfung: | oder  | Höhe:Datum:  | Ja:Nein: |
| **Varizellen** | 1.Impfung:2.Impfung: | oder | Höhe:Datum: | Ja:Nein: |
| **Hepatitis B** | 1.Impfung:2.Impfung:3.Impfung:Letzte Auffrischung: | und | Höhe:Datum:Schutz voraussichtlich bis:  |  |

Informationen über weitere Impfungen:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pertussis**  |  |
| **Poliomyelitis**  |  |
| **Diphtherie** |  |
| **Tetanus**  |  |
| **COVID-19**  | 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: letzte Auffrischung: Genesungszertifikat vom:  |

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärzt:in