**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.Impfung  2.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