



P-10-75 – Nachweis der Immunität (Masern)

Dieser Nachweis ist von Ihrem Hausarzt auszufüllen

Bei Patientenkontakt kann der Nachweis auch von der betriebsärztlichen Dienststelle ausgefüllt werden.

Name, Vorname:

geboren am:

Erkrankung	Immunitätskriterien	Beurteilung
Masern	zwei Impfungen gegen Masern sind erfolgt oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Masern (Masern-IgG pos.) liegt vor	<input type="checkbox"/> Immunität ist anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität ist nicht anzunehmen

Ort, Datum

Unterschrift Arzt mit Stempel

Ich bin damit einverstanden, dass diese Bescheinigung vom Betriebsärztlichen Dienst direkt dem Dezernat Personalwirtschaft übersandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in



P-10-68 – Nachweis der Immunität (Windpocken, Mumps, Röteln)

Dieser Nachweis ist von Ihrem Hausarzt oder bisherigen Betriebsarzt auszufüllen

Erforderlich für alle Berufsgruppen mit Patientenkontakt z.B.:

- ärztliches Personal
- Pflegepersonal (z. B. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, OTA, ATA, Hebammen, Pflegehelfer)
- Medizinische Fachangestellte (MFA) / Zahnmedizinische Fachangestellte (ZMFA)
- Verwaltungsangestellte in der Patientenaufnahme
- therapeutisches Personal (z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pädagogen, Erzieher)

Name, Vorname:

geboren am:

Erkrankung	Immunitätskriterien	Beurteilung
Windpocken	zwei Impfungen gegen Windpocken sind erfolgt oder Windpockenerkrankung in der Anamnese oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Windpocken (VZV-IgG pos.) liegt vor	<input type="checkbox"/> Immunität ist anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität ist nicht anzunehmen
Mumps	zwei Impfungen gegen Mumps sind erfolgt oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Mumps (Mumps-IgG pos.) liegt vor	<input type="checkbox"/> Immunität ist anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität ist nicht anzunehmen
Röteln	zwei Impfungen gegen Röteln sind erfolgt oder serologischer Immunitätsnachweis gegen Röteln (Röteln-IgG pos.) liegt vor	<input type="checkbox"/> Immunität ist anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität ist nicht anzunehmen

Ort, Datum

Unterschrift Arzt mit Stempel

Ich bin damit einverstanden, dass diese Bescheinigung vom Betriebsärztlichen Dienst direkt dem Dezernat Personalwirtschaft übersandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in