

Ärztliches Attest für Praktikanten der Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH  
zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage bei der Einsatzstelle  
**vor Beginn des Praktikums**

Hiermit wird bestätigt, dass für \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
folgender Infektionsschutz besteht:

**1. Hepatitis B:**

|      |  | JA | NEIN |
|------|--|----|------|
|      | Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt.<br>Die zweite Impfung ist am _____ erfolgt<br><b>(mindestens zwei Wochen vor Antritt des Praktikums!!).</b> |    |      |
| oder |  |    |      |
|      | Serologischer Schutznachweis liegt vor<br>(anti-HBs > 100 U/l oder anti-HBc positiv).  |    |      |

**2. Masern/ Mumps/ Röteln:**

|      |   |  |  |
|------|---|--|--|
|      | Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt.   |  |  |
| oder |   |  |  |
|      | Serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern/Mumps /<br>Röteln liegt vor. |  |  |

**3. Windpocken:**

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
|      | Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt.                              |  |  |
| oder |  |  |  |
|      | Serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Windpocken<br>liegt vor. |  |  |

**4. Diphtherie/ Pertussis/ Poliomyelitis**

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
|      | Mindestens drei Impfungen sind erfolgt.                                  |  |  |
| oder |  |  |  |
|      | Eine Auffrischimpfung zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr<br>ist erfolgt. |  |  |

**5. Hepatitis A: (Bei Einsatz in Kinderklinik: zusätzlich zu 1.2.3. und 4. noch erforderlich!)**

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | Mindestens eine Impfung ist durchgeführt.<br>die zweite Impfung erfolgt am: |  |  |
|--|---|--|--|

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift, Stempel

Bei Personen bis zum 18. Lebensjahr werden die Kosten für die meisten Impfungen in der Regel von  
der Krankenkasse übernommen, bei Frauen gilt dies in Bezug auf Windpocken und Röteln auch jenseits  
des 18. Lebensjahres.