

Zur Weitergabe an den Hausarzt

Hiermit wird bestätigt, dass _____ geb. _____
körperlich und geistig gesund und frei von ansteckenden Erkrankungen ist.

Folgender Impfschutz muss vorhanden sein:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hepatitis A	Mindestens eine Impfung ist erfolgt. oder	<input type="checkbox"/>
	Serologischer Schutznachweis liegt vor (HAV positiv).	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. Die zweite Impfung ist am _____ erfolgt (mindestens zwei Wochen vor Antritt der Ausbildung) oder	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Serologischer Schutznachweis liegt vor (antiHBs >100U/l oder anti- HBc positiv).	<input type="checkbox"/>
^{*1} Mumps, Masern, Röteln	Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. oder	<input type="checkbox"/>
	Serologischer Nachweis des Schutzes gegen Mumps, Masern, Röteln liegt vor.	<input type="checkbox"/>
^{*2} Windpocken (Varizellen)	Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. oder	<input type="checkbox"/>
	Serologischer Nachweis gegen Windpocken liegt vor.	<input type="checkbox"/>

*1 zwingend erforderlich in allen Gesundheitseinrichtungen

*2 zwingend erforderlich bei geplanten Einsätzen in den Bereichen der Intensivstation, Geburtshilfe, ZNA

Ort	Datum	Unterschrift des Hausarztes	Stempel
-----	-------	-----------------------------	---------

Hinweis:

Das Ärztliche Attest zur gesundheitlichen Eignung ist eine Zugangsvoraussetzung für Ihre Tätigkeit in der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH und ist ordnungsgemäß ausgefüllt bei der Personalabteilung abzugeben und Voraussetzung für das Zustandekommen der Vereinbarung für den Einsatz.

ID-Nr.:	FORM	Version: 5	Seite 1 von 1
Erstellung: Dr. P. Müller, Betriebsärztin Dipl.-Ök. C. Siebler, Personalreferentin		Freigabe: Dipl. Ing. A. Krug, K. Thielemann, M.Sc.	Freigabedatum: 01.01.2023 geplante Revision: 31.12.2025