



Immunitätsnachweis für neue Mitarbeiter*innen und Praktikant*innen

Name: _____
(Nachname, Vorname – Blockbuchstaben)

Geburtsdatum: _____
(TT.MM.JJJJ):

Sozialversicherungsnummer: _____

Impfungen sind ein wichtiger Schutz für Krankenhaus-Mitarbeiter*innen, die mit infektiösen Patient*innen in Berührung kommen.
Und auch die Patient*innen haben ein Recht, vor vermeidbaren Gefährdungen geschützt zu werden.

Wichtig: Es können nur vollständig ausgefüllte Atteste berücksichtigt werden!

	Impfdatum und Impfstoffname ¹	Titerhöhe ¹	Datum
Diphtherie, Tetanus, Pertussis +/- Poliomyelitis	(bis max. 10 Jahre vor Aufnahmedatum)		
Poliomyelitis ²	(bis max. 10 Jahre vor Aufnahmedatum)		
Masern, Mumps, Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:		
Varizellen	1. Impfung: 2. Impfung:		
Hepatitis B ³ (bzw. A + B)	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: ⁴		
COVID-19 ⁵	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: Auffrischung:	Titer nicht zulässig	

¹ Der Nachweis der Immunität kann, mit Ausnahme von COVID-19, entweder durch Bestätigung der erforderlichen Impfungen oder durch einen positiven Antikörpertiter erfolgen. Bitte nach Möglichkeit Impfstoffname und Titerhöhe angeben.

² Falls Diphtherie-Tetanus-Pertussis ohne Poliomyelitis geimpft wurde.

³ Nur für Angehörige der Gesundheitsberufe. Auszubildende werden bei Bedarf vor dem ersten Praktikumseinsatz über die Ausbildungseinrichtung grundimmunisiert.

⁴ Bei kürzlich begonnener Grundimmunisierung gegen Hepatitis B sind zwei Impfungen ausreichend. Der Nachweis der 3. Impfung kann binnen 6 Monaten nachgereicht werden.

⁵ Es muss eine aufrechte Immunisierung gem. [Anwendungsempfehlung des Nationalen Impfgremiums](#) durch Impfung nachgewiesen werden. Eine Genesung alleine ist nicht ausreichend. Wenn zum Zeitpunkt der Aufnahme aufgrund einer rezenten Genesung noch keine Impfung, eine Teil- bzw. Gesamtimmunisierung (3 Impfungen) vorliegt, muss diese fristgerecht laut Anwendungsempfehlung nach Genesungszeitpunkt nachgeholt werden, so dass jedenfalls eine Grundimmunisierung ([vgl. vereinfachtes Impfschema](#)) erreicht wird. Genesungsdaten sind in diesem Fall im Formular anzuführen.

Ich bestätige die Immunität bzw. ausreichende Immunisierung gem. Anwendungsempfehlung des Nationalen Impfgremiums gegen die oben genannten Erkrankungen.

Attestierende(r) Ärztin/Arzt: _____
(Blockbuchstaben)

Unterschrift und Stempel: _____ Datum: _____