

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

Zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage vor Beginn des Praktikums. **(Bitte baldmöglichst - spätestens 8 Wochen vor Ausbildungsbeginn - zum Hausarzt gehen, damit die Möglichkeit einer ausreichenden Immunisierung gegeben ist.)**

Vorname: Nachname:

geboren am: wohnhaft in PLZ: Ort:

Straße & Nr.: wurde am von mir untersucht.
Zu diesem Zeitpunkt bestanden keine Bedenken hinsichtlich der gesundheitlichen, körperlichen oder geistigen Eignung für eine Tätigkeit als Rettungssanitäter*in. Als Voraussetzung für die Praktika ist der vollständige Impfschutz, folgender von der STIKO empfohlener Impfungen, nachgewiesen.

Hepatitis A (erforderlich bei Einsatz in der Kinderheilkunde. Impfung wird von der STIKO empfohlen) (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Mindestens eine Impfung ist durchgeführt. Die zweite Impfung erfolgt am:		
oder		
Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBS >100 U/l) (Die Kosten sind selbst zu tragen)		

Hepatitis B (erforderlich bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit) (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Mindestens zwei Impfungen erfolgt - mindestens 2 Wochen vor dem Praktikum		
oder		
Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs > 100 U/l oder anti-HBc positiv).		

Masern, Mumps, Röteln* (Masern erforderlich bei jeder Art von Tätigkeit im Klinikum) (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Mindestens zwei Impfungen erfolgt		
oder		
Serologischer Schutznachweis liegt vor		

Windpocken (Varizellen) (erforderlich bei Einsatz in Kinderheilkunde, Gynäkologie/Geburtshilfe, Onkologie, Infektiologie sowie bei sonstiger Tätigkeit mit immunsupprimierten Patienten wie z.B. Intensivstation) (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Mindestens zwei Impfungen erfolgt		
oder		
Serologischer Schutznachweis liegt vor (Die Kosten sind selbst zu tragen)		
oder		
Windpocken sicher durchgemacht		

Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung (Polio), Keuchhusten (Pertussis) (Zutreffendes bitte ankreuzen)
(erforderlich bei Einsatz in Kinderheilkunde, Gynäkologie/Geburtshilfe, Infektiologie)

	Ja	Nein
Mindestens eine Impfung innerhalb der vergangenen 10 Jahre erfolgt		
oder		
Keuchhusten sicher durchgemacht. (mikrobiologisch bestätigte Erkrankung innerhalb der vergangenen 10 Jahre) - Serologischer Schutznachweis liegt vor		

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der/des untersuchenden Ärztin/Arztes)

.....
(Stempel der Arztpraxis)

Bitte senden Sie dieses Formular komplett ausgefüllt, unterschrieben und gestempelt, zeitnah an
rettsanzas@drkfrankfurt.de per E-Mail zurück.