

Studienorganisation

Immunitätsnachweis

Name, Vorname	Geburtsdatum	Matrikelnummer
---------------	--------------	----------------

Als Voraussetzung zur Teilnahme am Praxisunterricht ist der **vollständige Impfschutz** folgender von der STIKO empfohlenen Impfungen nachgewiesen:

		ja	nein
Hepatitis B	Drei Impfungen sind durchgeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	und Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs > 10 U/l: Immunschutz anzunehmen, >100 U/l: langjähr. Schutz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masern / Röteln	Zwei Impfungen sind erfolgt oder Serologischer Schutznachweis gegen Masern und Röteln liegt vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Windpocken (Varizellen)	Zwei Impfungen sind durchgeführt oder Serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Windpocken liegt vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung (Polio), Keuchhusten (Pertussis)	Mindestens drei Impfungen sind erfolgt und Eine Auffrischimpfung ist innerhalb der letzten 10 Jahre durchgeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ort, Datum	Stempel Unterschrift Hausarzt / Hausärztin
------------	---