# 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)**
**(erforderlich bei Einsatz in Kinderheilkunde, Gynäkologie/Geburtshilfe, Infektiologie)** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | 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.