


FB-01935	<b>KKRN Ärztliches Attest für Kurzzeitpraktikanten im Gesundheitsdienst</b>	 Katholisches Klinikum Ruhrgebiet Nord
KH / FD / PD	Version: 07	Seite 1 von 1

**Zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage vor Beginn des Praktikums**

Hiermit bestätige ich, dass \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ körperlich und geistig gesund ist und frei von ansteckenden Erkrankungen.

**Masern (Pflicht Masernschutznachweis §20 Abs. 8ff IfSG)** (bei jeder Art von pflegerischen Tätigkeiten)

- Serologischer Schutznachweis gegen Masern liegt vor.
- Ärztliches Attest über medizinische Kontraindikation einer Masernschutzimpfung liegt vor.

**Hepatitis B** (bei jeder Art von pflegerischen Tätigkeiten)

- Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt.
- Die zweite Impfung ist am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ und erfolgt mindestens zwei Wochen vor Antritt des Praktikums.
- Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs>100 U/l oder anti-HBc positiv).

**Mumps / Röteln** (in Kinderheilkunde, Gynäkologie, Infektiologie)

- Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt.
- Serologischer Schutznachweis gegen Masern, Mumps und Röteln liegt vor.

**Windpocken** (in Kinderheilkunde, Gynäkologie, Onkologie, Dermatologie und Infektiologie sowie bei sonstiger Tätigkeit mit immunsupprimierten Patienten)

- Sichere Windpockenanamnese liegt vor.
- Serologischer Schutznachweis gegen Windpocken liegt vor.

**Keuchhusten** (in Kinderheilkunde, Gynäkologie, Infektiologie)

- Mindestens eine Keuchhusten-Impfung als Jugendlicher oder Erwachsener ist erfolgt.
- Mikrobiologisch bestätigte Erkrankung in den letzten 10 Jahren liegt vor.

**Hepatitis A** (in Kinderheilkunde, Infektiologie, Psychiatrie, Stuhllaboratorien)

- Mindestens eine Impfung ist erfolgt.
- Serologischer Schutznachweis liegt vor.
- KEIN Impfschutz vorhanden.

**Covid-19** (bei jeder Art von pflegerischen Tätigkeiten)

- Vollständiger Impfschutz
- Bescheinigung des Gesundheitsamtes nach Erkrankung innerhalb eines ½ Jahres
- Impfung nach einem ½ Jahr nach durchgemachter Erkrankung
- KEIN Impfschutz vorhanden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

	Erstellung	Änderung	Prüfung/Freigabe	Veröffentlicht
Name	stellv. Pflegedirektion	stellv. Pflegedirektion	stellv. Pflegedirektion	QRM TL
Datum	21.05.2013	06.08.2021	06.08.2021	18.08.2021