

Ab 01.03.2020 ist gemäß § 20 Masernschutzgesetz für alle ab dem 01.01.1971 Geborenen ein sicherer Nachweis eines Impfschutz (zwei dokumentierte Impfungen) oder ein ärztliches Zeugnis über das Vorliegen einer Masernimmunität (Serologie Masern IgG) oder ein ärztliches Zeugnis darüber, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation eine Impfung nicht möglich ist zwingende Voraussetzung für die Aufnahme einer jeglichen Tätigkeit in Einrichtungen gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz z.B. Krankenhäuser.

Ab 16.03.2022 gilt gem. § 20a IfSG in Krankenhäusern die COVID-19-Impfpflicht für alle Beschäftigten. Hierbei sind die jeweils geltenden Voraussetzungen zur Erlangung eines vollständigen Impfschutzes im Sinne des § 2 Nr. 2 oder 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung i.d. jeweils gültigen Fassung einzuhalten.

Gemäß § 23 (3) IfSG haben Leitungen von Krankenhäusern sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Hierzu zählen z.B. Erreger von Masern, Röteln, Mumps, Windpocken, Pertussis, Hepatitis A,B, Influenza, SARS CoV2.

Bitte lassen Sie unten angefügten Abschnitt **von der Hausarztpraxis ausfüllen** und legen Sie uns diese Bestätigung mit Ihren Bewerbungsunterlagen/ zum Vorstellungsgespräch vor.

Bitte nicht abtrennen

Bei _____
Name, Vorname _____ geb. _____

_____ Wohnhaft in _____

ist folgender Immunitäts- oder Serostatus dokumentiert:

Erkrankung					
Windpocken	Erkrankung sicher durchlebt		Jahr (ca.):		
Erkrankung	Impfdatum 1	Impfdatum 2	Datum Serologie	Ergebnis Serologie	
Masern				Positiv <input type="checkbox"/>	Negativ <input type="checkbox"/>
Masern	ärztliches Zeugnis dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation eine Impfung dauerhaft nicht möglich ist			ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Masern	ärztliches Zeugnis dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation eine Impfung befristet bis zum; _____ nicht möglich ist			ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankung	Impfdatum 1	Impfdatum 2	Datum Serologie	Ergebnis Serologie	
Röteln				Positiv <input type="checkbox"/>	Negativ <input type="checkbox"/>
Mumps				Positiv <input type="checkbox"/>	Negativ <input type="checkbox"/>
Windpocken				Positiv <input type="checkbox"/>	Negativ <input type="checkbox"/>
Erkrankung	Letzte Impfung:	Hepatitis	Impfdatum	Impfdatum	Impfdatum
Pertussis		Hepatitis A			
Influenza		Hepatitis B			
SARS CoV2			Impfdatum	Name Impfstoff	
COVID erkrankt	Datum	Gültigkeit bis	1.		
Pos. PCR Test			2.		
Genesenennachweis			3.		
			4.		
			5.		

Ort: _____ Datum _____

Stempel /Unterschrift Arzt/Ärztin _____