

Ärztliche Bescheinigung
für die schulische und fachpraktische Ausbildung
(gilt auch als Nachweis der **Impfpflicht Masern*)**

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Frau/Herrn

geb. am

folgende Impfungen vollständig vorhanden sind:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Masern* | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Covid-19 (1. Impfung) | <input type="checkbox"/> Covid-19 (2. Impfung) | <input type="checkbox"/> Covid-19 (3. Impfung) |

Bemerkungen (*erforderliche Auffrischungen, geplante Impfungen, Sonstiges*):

.....

.....

Aus ärztlicher Sicht liegen keine Anhaltspunkte vor, die den/die Bewerber/in daran hindern, an der schulischen und fachpraktischen Ausbildung (u. a. Ableistung von Praktika) teilzunehmen.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis:

Nur für interne Zwecke bzw. als Nachweis der Masernimpfpflicht) - Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.*