



Lassen Sie Ihren Immunstatus (s.u.) rechtzeitig (mindestens 6 Wochen vor Tätigkeitsbeginn) durch Ihren Hausarzt überprüfen und holen Sie ggf. Impfungen vor Tätigkeitsbeginn nach. Berufliche Indikationsimpfungen kann Ihr Hausarzt zulasten der GKV durchführen.

Bitte ausgefülltes Formular, Kopie des Impfausweises und die positiven Labornachweise beim Betriebsärztlichen Dienst einreichen.

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon: .....

Anschrift: ..... PLZ ..... Ort.....

**Bitte immer Kopie des Impfpasses, serologische Nachweise und Covid-Impfzertifikate beifügen**

Folgende Immunitätsnachweise sind <b>EINSTELLUNGSVORAUSSETZUNG</b>			
Impfung	Erläuterung	ja	
Covid 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollständiger Impfschutz gegen Covid 19 liegt vor</li> <li>• Letzte Impfung am</li> </ul>	Datum 1. Dosis	Datum 2. Dosis
		Datum:	
Masern Mumps Röteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei Impfungen sind erfolgt</li> <li>• <b>od.</b> serologischer Immunitätsnachweis (IgG) liegt vor               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masern</li> <li>• Mumps</li> <li>• Röteln</li> </ul> </li> </ul>	Datum 1. MMR	Datum 2. MMR
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Windpocken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei Impfungen sind erfolgt</li> <li>• oder Serologischer Immunitätsnachweis (IgG) liegt vor</li> </ul>	Datum 1. Dosis	Datum 2. Dosis
		<input type="checkbox"/>	
Tetanus Diphtherie Pertussis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundimmunisierung (3 Impfungen sind erfolgt)</li> <li>• Die letzte Impfung &lt; 10 Jahre</li> <li>• Kombinationsimpfung mit Pertussis zuletzt am</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum _____
Polio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundimmunisierung ist erfolgt und 1 x Auffrischimpfung (nach dem 9. Lj) ist erfolgt</li> <li>• Datum Auffrischimpfung</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
		Datum _____	
Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 2 Impfungen sind erfolgt</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Einsatz in Frauenklinik, Kinderklinik, Gastroenterologie oder in Psychiatrie mindestens 1 Impfung .</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	Gamma-Interferontest: <u>nur erforderlich für Bewerber, die sich in den letzten 3 Jahren in TB-Endemiegebieten aufgehalten haben</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gamma-Interferon-Test: negativ</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	

Fehlende geforderte Laboruntersuchungen od. Impfungen können gegen Bezahlung (nicht erstattungsfähig) beim BÄD durchgeführt werden.

Bescheinigender Arzt (Name):

Anschrift:

Telefonnummer:

Datum

Unterschrift

Stempel

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
Sehr geehrter Herr Kollege,

falls der Impfschutz Ihrer Patientin/ Ihres Patienten derzeit unvollständig ist, insbesondere für

- Masern/ Mumps/ Röteln (2x entsprechend STIKO-Empfehlungen)
- Pertussis (entsprechend STIKO-Empfehlungen)
- Varizellen (2x entsprechend STIKO-Empfehlungen)
- Hepatitis A (2x entsprechend STIKO-Empfehlungen)

sind die fehlenden erforderlichen Impfungen, auf Kosten der GKV durchzuführen. Dies ist problemlos möglich, da 2020 Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie (siehe Anlage 1 zur SI-RL) in Kraft getreten sind.

Es müssen für beruflich indizierte Impfungen die Buchstaben V, W, X und Y als Zusatz zu den Dokumentationsziffern verwendet werden.

Impfungen -Beispiel	Dokumentationsnummer	
	Erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (berufliche bzw. Reiseindikation nach §11 Abs.3)	89401V	89401 W

Mit freundlichen Grüßen

Betriebsärztlicher Dienst Uniklinikum Heidelberg