

# 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:		
<b>oder</b>		
Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBS >100 U/l) <b>(Die Kosten sind selbst zu tragen)</b>		

**Hepatitis B (erforderlich bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit)** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Mindestens zwei Impfungen erfolgt - mindestens 2 Wochen vor dem Praktikum		
<b>oder</b>		
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		
<b>oder</b>		
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		
<b>oder</b>		
Serologischer Schutznachweis liegt vor <b>(Die Kosten sind selbst zu tragen)</b>		
<b>oder</b>		
Windpocken sicher durchgemacht		

**Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung (Polio), Keuchhusten (Pertussis)** (Zutreffendes bitte ankreuzen)  
(erforderlich bei Einsatz in Kinderheilkunde, Gynäkologie/Geburtshilfe, Infektiologie)

	Ja	Nein
Mindestens eine Impfung innerhalb der vergangenen 10 Jahre erfolgt		
<b>oder</b>		
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](mailto:rettsanzas@drkfrankfurt.de) per E-Mail zurück.