

MasernSchG IfSG

Formular zur Vorlage beim Arbeitgeber



Klinikverbund
Allgäu



Fachpraxenverbund
Allgäu

Name Mitarbeiterin/ Mitarbeiter: _____

➤ Masernimmunität (alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)

- ☐ Es liegt ein ausreichender Impfschutz vor
(**mind. 2 Impfungen** gegen Masern dokumentiert erhalten)
- ☐ Es liegt eine **auf dem Serostatus** begründete Immunität gegen Masern vor
(Die Anamnese einer durchgemachten Maserninfektion ist nicht ausreichend)
- ☐ Es bestehen derzeit gegen Masern kein ausreichender Impfschutz und keine ausreichende Immunität, aber **es liegen medizinische Kontraindikationen gegen eine Masernimpfung** vor. Diese bestehen voraussichtlich bis _____
- ☐ Es besteht derzeit **kein ausreichender Impfschutz** bzw. keine ausreichende Immunität gegen Masern
 - ☐ Die Attestierung einer Masernimmunität ist voraussichtlich ab dem _____ möglich.
 - ☐ Eine Komplettierung des Impfschutzes wird abgelehnt.

➤ Varizellenimmunität (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereichen Onkologie, Intensivmedizin, Überwachungsstation, Notaufnahme, Pädiatrie, Geburtshilfe)

- ☐ Es liegt ein ausreichender Impfschutz vor
(**mind. 2 Impfungen** gegen Varizellen dokumentiert erhalten)
- ☐ Es liegt eine **auf dem Serostatus** begründete Immunität gegen Varizellen vor
(Die Anamnese einer durchgemachten Windpockeninfektion ist nicht ausreichend)
- ☐ Es bestehen derzeit gegen Varizellen kein ausreichender Impfschutz und keine ausreichende Immunität, aber **es liegen medizinische Kontraindikationen gegen eine Varizellenimpfung** vor. Diese bestehen voraussichtlich bis _____
- ☐ Es besteht derzeit kein ausreichender Impfschutz bzw. keine ausreichende Immunität gegen Varizellen
 - ☐ Die Attestierung einer Varizellenimmunität ist voraussichtlich ab dem _____ möglich.
 - ☐ Eine Komplettierung des Impfschutzes wird abgelehnt.

➤ Impfung gegen Pertussis (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Pädiatrie und Geburtshilfe)

- ☐ In den letzten 10 Jahren ist eine Impfung gegen Pertussis dokumentiert
- ☐ In den letzten 10 Jahren ist **keine** Impfung gegen Pertussis dokumentiert

Ersteller:	Personal und Recht Sekretariat	Freizeichner:	Leitung Personal und Recht Katharina Schäfer
formal geprüft:	OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	03.01.2022
Version:	02	Immunitätsnachweis zur Vorlage beim Arbeitgeber 01.2023, Ausdruck vom 11.01.2023, Seite 1 von 2	

MasernSchG IfSG Formular zur Vorlage beim Arbeitgeber



Klinikverbund
Allgäu



Fachpraxenverbund
Allgäu

➤ Immunität gegen Röteln (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Pädiatrie und Geburtshilfe)

- ☐ Es liegt ein ausreichender Impfschutz vor
(**mind. 2 Impfungen** gegen Röteln dokumentiert erhalten)
- ☐ Es liegt eine **auf dem Serostatus** begründete Immunität gegen Röteln vor
(Die Anamnese einer durchgemachten Rötelninfektion ist nicht ausreichend)
- ☐ Es bestehen derzeit gegen Röteln kein ausreichender Impfschutz und keine ausreichende Immunität, aber **es liegen medizinische Kontraindikationen gegen eine Rötelnimpfung** vor.
Diese bestehen voraussichtlich bis _____
- ☐ Es besteht derzeit kein ausreichender Impfschutz bzw. keine ausreichende Immunität gegen Röteln
- ☐ Die Attestierung einer Rötelnimmunität ist voraussichtlich ab dem _____ möglich.
- ☒ Eine Komplettierung des Impfschutzes wird abgelehnt.

➤ Immunität gegen Mumps (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Pädiatrie und Geburtshilfe)

- ☐ Es liegt ein ausreichender Impfschutz vor
(**mind. 2 Impfungen** gegen Mumps dokumentiert erhalten)
- ☐ Es liegt eine **auf dem Serostatus** begründete Immunität gegen Mumps vor
(Die Anamnese einer durchgemachten Mumpsinfektion ist nicht ausreichend)
- ☐ Es bestehen derzeit gegen Mumps kein ausreichender Impfschutz und keine ausreichende Immunität, aber **es liegen medizinische Kontraindikationen gegen eine Impfung gegen Mumps** vor. Diese bestehen voraussichtlich bis _____
- ☐ Es besteht derzeit kein ausreichender Impfschutz bzw. keine ausreichende Immunität gegen Mumps
- ☐ Die Attestierung einer Immunität gegen Mumps ist voraussichtlich ab dem _____ möglich.
- ☐ Eine Komplettierung des Impfschutzes wird abgelehnt.

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau _____ die o.g. Immunitäten nachweist.

Datum

Unterschrift Arzt

Praxisstempel

Ersteller:	Personal und Recht Sekretariat	Freizeichner:	Leitung Personal und Recht Katharina Schäfer
formal geprüft:	OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	03.01.2022
Version:	02	Immunitätsnachweis zur Vorlage beim Arbeitgeber 01.2023, Ausdruck vom 11.01.2023, Seite 2 von 2	