**Erhebung des Impfstatus der Bewohnerinnen und Bewohner des**

**[Name Einrichtung]**

**Name:** [...]

**Vorname:** [...]

**geb. am:** [...]

**Wohnbereich:** [...]

1. **IMPFAUSWEIS**

Ja Nein Ausgehändigt am

Impfausweis liegt vor 🞎 🞎 🞎

1. **SCHUTZIMPFUNGEN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Impfung lag bei Bestandsaufnahme vor | Impfung nach Bestands­aufnahme ergänzt | Impfung muss noch erfolgen |
| Diphterie | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Herpes Zoster | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Aktuelle Influenza | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Keuchhusten (Pertussis) | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Pneumokokken | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Tetanus | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes