**Erhebung des Impfstatus der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des**

**[Name Einrichtung]**

**[Name]**

**[Vorname]**

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

**Tätigkeit:** [...]

1. **IMPFAUSWEIS**

Ja Nein Ausgehändigt am

Impfausweis liegt vor 🞎 🞎 🞎

1. **SCHUTZIMPFUNGEN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Impfung lag bei Bestandsaufnahme vor | Impfung nach Bestands­aufnahme erfolgt | Impfung muss noch erfolgen |
| Diphterie | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Aktuelle Influenza | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Keuchhusten (Pertussis) | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Polionachholimpfung | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Tetanus | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Hepatitis B | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
|  | Titer/Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Hepatitis A | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Datum Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes