

Seit 01.03.2020 ist gemäß § 20 Masernschutzgesetz für alle ab dem 01.01.1971 Geborenen ein sicherer Nachweis eines Impfschutzes (zwei dokumentierte Impfungen) oder ein ärztliches Zeugnis über das Vorliegen einer Masernimmunität (Serologie Masern IgG) oder ein ärztliches Zeugnis darüber, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation eine Impfung nicht möglich ist, zwingende Voraussetzung für die Aufnahme einer jeglichen Tätigkeit in Einrichtungen gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz, z.B. Krankenhäuser.

Gemäß § 23 (3) IfSG haben Leitungen von Krankenhäusern sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Hierzu zählen z.B. Erreger von Masern, Röteln, Mumps, Windpocken, und Pertussis. Gemäß §23a IfSG dürfen Arbeitgeber, soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 IfSG erforderlich ist, personenbezogene Daten eines Beschäftigten über dessen Impf- und Serostatus verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.

Als verbindlicher Nachweis des Impf-/Immunitätsstatus für Ihre Bewerbungsunterlagen / zum Vorstellungsgespräch dient untenstehender Abschnitt, der von einer Arztpraxis als von Ihnen veranlasste Bescheinigung ausgefüllt sein sollte.

Bitte nicht abtrennen

Bei _____
Name, Vorname _____ geb. _____

Wohnhaft in _____

ist folgender Immunitäts- oder Serostatus dokumentiert:

Erkrankung				
Windpocken	Erkrankung sicher durchlebt		Jahr (ca.):	
Erkrankung	Impfdatum 1	Impfdatum 2	Datum Serologie	Ergebnis Serologie
Masern				Positiv ☐ Negativ ☐
Masern	ärztliches Zeugnis, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation eine Impfung dauerhaft nicht möglich ist			ja ☐ Nein ☐
Masern	ärztliches Zeugnis, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation eine Impfung befristet bis zum: _____ nicht möglich ist			ja ☐ Nein ☐
Erkrankung	Impfdatum 1	Impfdatum 2	Datum Serologie	Ergebnis Serologie
Röteln				Positiv ☐ Negativ ☐
Mumps				Positiv ☐ Negativ ☐
Windpocken				Positiv ☐ Negativ ☐
Erkrankung	Letzte Impfung:			
Pertussis				

Ort: _____ Datum: _____

Stempel /Unterschrift Arzt/Ärztin _____