

Bestätigung des Immunschutzes

Ich bestätige, dass bei meiner Patientin / meinem
Patienten _____,

geb. am _____ ein Immunschutz gegen

- Keuchhusten (Bordetellapertussis)
- Masern (Masernvirus, Pflicht)
- Mumps (Mumpsvirus)
- Röteln (Rubivirus)
- Windpocken (Varizella-Zoster-Virus)
- Hepatitis A (nur wenn die Einrichtung dies verlangt)
- Hepatitis B (nur wenn die Einrichtung dies verlangt)
- Covid 19 Impfung besteht

Datum, Unterschrift, Praxisstempel