

Persönliche Daten:

Vorname _____

Name _____

Straße _____

PLZ _____

Stadt _____

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass aus ärztlicher Sicht keine Einschränkungen vorliegen und die oben genannte Person in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes Ergotherapeut:in geeignet ist. Die Person leidet derzeit an keiner psychischen oder physischen Erkrankung, insbesondere keiner Sucht und keiner ansteckenden Krankheit.

Der Nachweis über vollständig erfolgte Impfungen stellt eine Zugangsvoraussetzung für die Aufnahme der Ausbildung zum/zur Ergotherapeut:in dar. Folgende vorliegende Impfungen liegen vor:

Hepatitis A

- eine Impfung ist erfolgt oder
- mindestens zwei Impfungen sind erfolgt
- nicht geimpft / nicht feststellbar

Hepatitis B

- mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder
- serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBS > 100 U/l anti-HBc positiv)
- nicht geimpft / nicht feststellbar

Masern / Mumps / Röteln

(Kassenleistung für nach 1970 Geborene)

- mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder
- serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern / Mumps / Röteln liegt vor
- nicht geimpft / nicht feststellbar

Windpocken

(Kassenleistung bei Frauen im gebärfähigen Alter)

- mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder
- serologischer Hinweis eines Schutzes liegt vor
- nicht geimpft / nicht feststellbar

Tetanus / Diphtherie / Poliomyelitis / Keuchhusten

(Kassenleistung)

- letzte Impfung vor mehr als 10 Jahren
- serologischer Hinweis eines Schutzes liegt vor
- nicht geimpft / nicht feststellbar

.....
Datum / Stempel

.....
Unterschrift Hausarzt