

Zur Vorlage zum Besuch der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege  
Klagenfurt und Villach

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Impferhebungsstatus lt. Impfpass**

**Bitte das genaue Impfdatum (Tag, Monat, Jahr) eintragen!**

		Impfdatum	Titer: IgG (Antikörperbestimmung)	Datum der Titerkontrolle
<b>Hepatitis B</b>	1. Teilimpfung am			
	2. Teilimpfung am			
	3. Teilimpfung am			
	Auffrischungsimpfung			
<b>Masern, Mumps, Röteln</b>	1. Impfung am			
	2. Impfung am			
<b>Pertussis (Keuchhusten)</b>	1. Impfung am			
	2. Impfung am			
<b>Varizellen</b>	1. Impfung am			
	2. Impfung am			
<b>DiTetPert-Polio</b>	Impfung am			

**Sollten Sie die o.a. Impfungen nicht nachweisen können, müssen Sie nach erfolgter Aufnahme eine Antikörperbestimmung (ausgenommen Hepatitis) nachreichen bzw. abgeben!**

Die behandelnde Ärztin/Der behandelnde Arzt bestätigt mit der Unterschrift die wahrheitgemäßen Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel u. Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_