

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
Hepatitis B	1. Teilimpfung am			
	2. Teilimpfung am			
	3. Teilimpfung am			
	Auffrischungsimpfung			
Masern, Mumps, Röteln	1. Impfung am			
	2. Impfung am			
Covid-19	1. Impfung am			
	2. Impfung am			
	3. Impfung am			
Pertussis (Keuchhusten)	1. Impfung am			
	2. Impfung am			
Varizellen	1. Impfung am			
	2. Impfung am			
DiTetPert-Polio	Impfung am			

Sollten Sie die o.a. Impfungen nicht nachweisen können, müssen Sie nach erfolgter Aufnahme eine Antikörperbestimmung (ausgenommen Hepatitis, Covid-19) nachreichen bzw. abgeben!

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

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift des Arztes: _____