

Anti **Rubella** antibodies (IgG): YES / NO

or date of 1st vaccination:

date of 2nd vaccination:

or dates of 1st triple vaccination:

dates of 2nd triple vaccination:

Anti **Varicella** antibodies (IgG): YES / NO

or date of 1st vaccination:

date of 2nd vaccination:

Tetanus:

date of vaccination:

Diphtheria:

date of vaccination:

Pertussis:

date of vaccination:

Poliomyelitis:

date of vaccination:

Signature of Doctor:

Place and Date:

Print Name:

Stamp:

Nur bei vorgesehenen Praktika ist Folgendes durch den Betriebsärztlichen Dienst auszufüllen:

Ein ausreichender Impfstatus ist dem vorgesehenen Einsatzgebiet entsprechend

- vorhanden
- nicht vorhanden.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes Betriebsärztlicher Dienst