

An das Institut für Lehrgesundheit

Kupferbergterrasse 17-19

55116 Mainz

Fax: 06131/8844870

Bestätigung über Immunitätsnachweise für

Frau

geb. am

Anlässlich ihrer Schwangerschaft teile ich mit, dass hinsichtlich der angekreuzten Infektionskrankheiten Immunität:

	Besteht	nicht besteht
<input checked="" type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Ringelröteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cytomegalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls eine der angekreuzten Immunitäten nicht bekannt ist, bitten wir diese zu bestimmen (Impfpasskontrolle, ggf. Laborbefunde).

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel der Ärztin/ des Arztes