Zur Weitergabe an den Hausarzt/ die Hausärztin für die **Bewerbung um ein Klinikpraktikum** und/ oder **Praktikum an einer Lehrrettungswache** (Rettungsdienst)**, sowie Nachweis für den Schulbesuch**:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____

Stadt: _____

Hiermit wird bestätigt, dass er/sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung der Tätigkeit als

☐ **Rettungssanitäter/-in**

☐ **Notfallsanitäter/-in**

☐ _____

geeignet ist.

Er/Sie verfügt über folgenden Impfschutz (Zutreffendes bitte ankreuzen!):

Impfung	**Bedingungen**	**ja**	**nein**
Hepatitis B	3 Impfungen laut STIKO (letzte Impfung innerhalb der letzten 10 Jahre) Wenn nicht, Titerbestimmung am: Wert: (Anti-HBs-Wert von > 100U/l aufzuweisen)	☐	☐
Mumps, Masern, Röteln	2 Impfungen laut STIKO / oder serologischer Nachweis eines Schutzes liegt vor	☐	☐
Hinweise Arzt/Ärztin:			

_____

Ort, Datum Unterschrift, Stempel