

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und Bestätigung des Impfstatus

Die/der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass

Name
Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Lehrbetrieb
Gewünschte berufliche Grundausbildung

aus medizinischer Sicht für den Beruf als geeignet
und

gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Hepatitis B gemäss offiziellem Impfplan des BAG ausreichend geimpft ist und/oder die Erkrankung durchgemacht hat sowie einen negativen Quantiferon-Test aufweist.

Hepatitis B-Titer

Bemerkungen
.....
.....

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

.....

Diese Bestätigung ist an den Patienten / die Patientin, resp. an den Lehrbetrieb zu senden.