



Physiotherapieschule  
Wannseeschulen Berlin

### Ärztliches Attest für Auszubildende/Studierende

Es muss ein vollständiger Impfschutz vor Beginn der Ausbildung, durch dieses vollständig vom /von Arzt/Ärztin ausgefüllte Formular, nachgewiesen werden.

Bitte im Original im Sekretariat einreichen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb-dat: \_\_\_\_\_

	Vollständige Grundimmunisierung liegt vor		Nächste Auffrischimpfung muss erfolgen am:
Masern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Mumps	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Röteln	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Tetanus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Keuchhusten (Pertussis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Kinderlähmung (Poliomyelitis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

	Vollständige Grundimmunisierung oder Serologischer Schutznachweis liegt vor	
Windpocken (Varizellen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

	Grundimmunisierung 2/2 (Datum der letzten Impfung)	UND	Auffrischimpfung (Datum der Auffrischimpfung) 3/3
SARS-Cov 2			

	Grundimmunisierung liegt vor		Ggf.: nächste Auffrischimpfung müsste erfolgen am:
Hepatitis A	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin

Stand: 10.10.2022

Original: an Wannseeschulen; Kopie: verbleibt bei Lernenden