

Dokumentation der/des (Betriebs-) Ärztin/Arztes

Beurteilung des Immunschutzes einer schwangeren Frau beim beruflichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen

- zum Verbleib in der Gesundheits-/Patientenakte (keine Weitergabe) -



Name und Anschrift des Arbeitgebers

Name und Anschrift der/des (Betriebs-) Ärztin/Arztes

Bei Frau (Name, Anschrift, Geburtsdatum)

liegt ein **dokumentierter** sicherer Antikörper- bzw. Immunschutz gegen folgende Infektionserkrankungen¹ vor :

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Röteln ² (Übertrag aus dem Mutterpass, sicherer Antikörperschutz muss bestehen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 2. Ringelröteln ³ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 3. Windpocken ² | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 4. Masern ² | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 5. Mumps ² | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 6. Zytomegalie ³ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 7. ggf. Hepatitis A ^{2*} | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> entfällt |
| 8. ggf. Hepatitis B ^{2*} | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> entfällt |
| 9. Keuchhusten ^{2, 4} | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 10. Grippe (-schutzimpfung) ⁴ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 11. ggf. Toxoplasmose ^{3*} | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> entfällt |

¹ In Zweifelsfällen Anfrage an das jeweilige Nationale Referenzzentrum beim Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin.

² Vollständiger Impfnachweis ausreichend ansonsten Titerkontrolle.

³ Titerkontrolle.

⁴ Impfung kann/soll nachgeholt werden.

* Nur bei entsprechender Gefährdung.

Aufgrund der oben erhobenen Befunde wird folgende Empfehlung zur Beschäftigung der schwangeren Frau ausgesprochen (siehe Kopie der Mitteilung an den Arbeitgeber):

Die schwangere Frau wurde zu **allen** relevanten Infektionskrankheiten (insbesondere der Zytomegalie) und den sich daraus ergebenden medizinischen Konsequenzen eingehend informiert und beraten.

Datum, Unterschrift (Betriebs-) Ärztin/Arztes

Datum, Unterschrift schwangere Frau

Mitteilung an den Arbeitgeber abgeschickt am _____