

Anlage**Ärztliches Attest für Kursteilnehmer*innen in Pflegeberufen**

Hiermit wird bescheinigt, dass für nachfolgend genannte Person ein **vollständiger Masern-Impfschutz** (Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts) bzw. eine vollständige Immunität nachgewiesen ist. Die Mannheimer Akademie für soziale Berufe orientiert sich hierbei an den Empfehlungen der STIKO sowie den Vorgaben ihrer Kooperationspartner.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass vorgenannte Person ist aus ärztlicher Sicht nach §2 Satz 1 Absatz 3 Pflegeberufegesetz körperlich und geistig gesund ist, frei von ansteckenden Krankheiten und in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Pflegefachperson **nicht ungeeignet** ist.

Bemerkungen:

--

Ort, Datum_____
Name Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben_____
Unterschrift + Stempel**Von dem*der Kursteilnehmer*in auszufüllen:**

Hiermit erlaube ich die Weitergabe des ärztlichen Attestes zur ausschließlichen Verwendung im Zuge der oben genannten Ausbildung durch die Mannheimer Akademie für soziale Berufe an ihre Kooperationspartner auf Verlangen. Diese Daten werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben von den Kooperationspartnern gespeichert und danach ordnungsgemäß vernichtet. Eine Weitergabe dieser Daten durch die Kooperationspartner an Dritte ist ohne meine ausdrückliche Erlaubnis nicht gestattet.

Ort, Datum: _____ Unterschrift
Auszubildende*r: _____