

## Ärztliches Attest für Auszubildende in Pflegeberufen

Hiermit wird bescheinigt, dass für nachfolgend genannte Person ein vollständiger 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

Für **alle** Auszubildenden in Pflegeberufen muss an der Mannheimer Akademie für soziale Berufe ein Impfschutz bzw. eine Immunität für folgende Krankheiten nachgewiesen werden:

Krankheit	1 Impfung am:	2 Impfung am:	Serologischer Nachweis
Masern			
Mumps			
Röteln			
Hepatitis B			
Covid-19			
Covid-19 Booster			
Covid-19 genesen am:			

Zusätzlich muss für die Ausbildung „Pflegefachmann/-frau“ ein Impfschutz bzw. eine Immunität für folgende Krankheiten nachgewiesen werden:

Krankheit	1 Impfung am:	2 Impfung am:	Serologischer Nachweis
Windpocken			
Diphtherie			
Pertussis			
Poliomyelitis			
Hepatitis A			

Weiterhin wird bescheinigt, dass vorgenannte Person körperlich und geistig gesund ist und frei von ansteckenden Krankheiten.

Vorgenannte Person ist aus ärztlicher Sicht nach § 2 Satz 1 Absatz 3 Pflegeberufegesetz in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des/der

	Alltagsbetreuers/Alltagsbetreuerin
	Altenpflegehelfers/Altenpflegehelferin
	Pflegefachmanns/Pflegefachfrau

nicht ungeeignet.

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel

**Von dem\*der Auszubildenden 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: \_\_\_\_\_