

**NACHWEIS  
HEPATITIS-B SCHUTZIMPfung  
zur Vorlage bis spätestens 1. Schultag**

Herr / Frau \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

beginnt die Ausbildung als

- Masseur/-in und med. Bademeister/-in
- Physiotherapeut/-in

Aufgrund der Impfpfempfehlung der ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut ist die Durchführung einer Hepatitis-B Schutzimpfung vor Aufnahme an unserer Schule verbindlich.

1. Impfung am: \_\_\_\_\_

2. Impfung am: \_\_\_\_\_

3. Impfung am: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass die **Hepatitis-B Schutzimpfung** bei oben genanntem Patienten durchgeführt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes