

Checkliste Mitarbeiter – Masernschutzgesetz

Name, Vorname (Leserlich)	geboren am	Impfstatus	Ärztliche Bescheinigung Ausreichender Impfschutz	Ärztliche Bescheinigung Immunität gegen Masern	Ärztliche Bescheinigung Keine Impfung/ medizinische Kontraindikation	Bescheinigung einer staatlichen Stelle oder anderen Einrichtung	Name (Leserlich)	Name (Leserlich)
		<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	Unterschrift	Unterschrift
Impfstatus nicht beurteilbar / vorhanden. Termin Betriebsarzt am :			Rückmeldung Betriebsarzt am:			Einsetzbar: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	Unterschrift	Unterschrift
Impfstatus nicht beurteilbar / vorhanden. Termin Betriebsarzt am :			Rückmeldung Betriebsarzt am:			Einsetzbar: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Datum: Bemerkungen:	Unterschrift	Unterschrift
Impfstatus nicht beurteilbar / vorhanden. Termin Betriebsarzt am :			Rückmeldung Betriebsarzt am:			Einsetzbar: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		