

Information zur Impfung Hepatitis A/B sowie zum Masernschutz

Die berufspraktische Ausbildung in den pflegerischen Einrichtungen kann ohne die Impfung gegen Hepatitis A/B nicht erfolgen. Insofern ist der Nachweis über die Impfung inkl. dem aktuell ermittelten Anti-Hbs-Titer für die Zulassung zur Ausbildung unerlässlich.

- Die Impfkosten werden bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in der Regel von der Krankenkasse getragen. Volljährige Auszubildende erfragen die Kostenübernahme bei ihrer Krankenkasse bzw. dem Träger der praktischen Ausbildung.
- Der Nachweis der Impfung erfolgt im gelben Impfausweis („Internationale Bescheinigungen über Impfungen und Impfbuch“).
- Der Nachweis über die Bildung von Antikörpern erfolgt anhand der Bestimmung des Anti-Hbs-Titer im Blut. Damit ein ausreichender Impfschutz vorhanden ist, muss der ermittelte Wert größer 100 betragen.
- Der ermittelte Anti-Hbs-Titer wird vom Arzt auf dem beigefügten **Formblatt** (Anlage 3) eingetragen und mit Stempel und Unterschrift versehen.
- Der Bewerber vereinbart selbstständig und zeitnah Termine bei seinem Hausarzt zur:
 1. Überprüfung des allgemeinen Impfstatus und ggf. Impfung gegen Hepatitis A/B
 2. Blutabnahme zur Bestimmung des Anti-Hbs-Titer
 3. Auswertung und Eintragen des Anti-Hbs-Titer (Wert > 100) im beigefügten Formblatt
- **Anlage 3** ist vom Bewerber **spätestens** zum 1. Schultag mitzubringen.

Darüber hinaus regelt das Masernschutzgesetz, welches am 01.03.2020 in Kraft trat, dass in Bildungseinrichtungen nur Schüler/innen aufgenommen werden dürfen, welche über einen ausreichenden Masernschutz verfügen. Sie sind verpflichtet, diesen vorhandenen Masernschutz der Schule nachzuweisen. Dies muss spätestens am **ersten Schultag** erfolgen und ist möglich durch:

- Vorlage Ihres Impfausweises und der darin vermerkten zweifachen Immunisierung gegen Masern oder
- Vorlage eines serologischen Nachweises oder
- Vorlage der *„Dokumentation der Prüfung des Nachweises zum Masernschutz bzw. einer Kontraindikation auf Grundlage §20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz zur Vorlage bei der Leitung der Einrichtung bzw. zur Meldung an das Gesundheitsamt“*

Erklärung zur Impfung Hepatitis A/B und zum Masernschutz

Name des Bewerbers: _____ Alter: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer persönlich: _____

Telefonnummer der Personensorgeberechtigten: _____

Ich habe die Informationen zur Impfung Hepatitis A/B sowie zum Masernschutz erhalten.

Datum/Unterschrift des Bewerbers: _____

ggf. Datum/Unterschrift des Personensorgeberechtigten:
