

**Humanmedizinstudent/in**  
(Semester: \_\_\_\_\_)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Damit wir Sie zeitnah bei wichtigen Laborbefunden und Rückfragen erreichen können:**

Handy Nr.: \_\_\_\_\_ E- Mail: \_\_\_\_\_ **(bitte leserlich)**

**Anamnese:** Allergien, Grunderkrankungen, Immunsuppression, Blutgerinnungsstörungen oder blutverdünnende Medikamente:  **Nein**  **Ja, folgende:**

**Hepatitis B:** Komplette Grundimmunisierung - **3-mal geimpft?** (Handelsname Beispiele: *Engerix®*, *HBVAXPRO®*, *Hepatitis A+B: Twinrix®*, *Kombinationsimpfstoffe im Kindesalter: Hexyon®, Infanrix Hexa®*)

**Ja** Datum der Grundimmunisierung: \_\_\_\_\_  
 **Nein**  keine Impfung  1 Impfung \_\_\_\_\_ (Datum)  2 Impfungen \_\_\_\_\_ (Datum)  
 unklar

<b>Impfstatus</b> <i>Beispiele Handelsnamen</i>	<b>Masern</b> <i>(z.B. M-M-R VaxPro®, Priorix®)</i>	<b>Mumps</b> <i>(z.B. M-M-R VaxPro®, Priorix®)</i>	<b>Röteln</b> <i>(z.B. M-M-R VaxPro®, Priorix®)</i>	<b>Varizellen</b> <i>(z.B. Varivax®, Varilrix®)</i>
1 - mal geimpft, <b>Datum</b>				
2 - mal geimpft, <b>Datum</b>				
>2-mal geimpft, <b>Datum</b>				
unklar				
keine Impfung				
Infektion durchgemacht, <b>Datum</b>				

**Wünschen Sie eine Untersuchung auf HIV-Antikörper?**  **Ja**  **Nein**

**Vorhandene Laborbefunde (z.B. Antikörperbestimmungen) bitte zur Untersuchung mitbringen**

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift Student/in)

**WIRD VOM BETRIEBSÄRZTLICHEN DIENST AUSGEFÜLLT, BITTE FREILASSEN!**

**Das Impfbuch hat vorgelegen** **Ja**  **Nein**

<b>Laborparameter</b>	Anti-HBs	<input type="checkbox"/>	Masern-IgG	<input type="checkbox"/>
	Anti-HBc	<input type="checkbox"/>	Mumps-IgG	<input type="checkbox"/>
	HIV-IgG	<input type="checkbox"/>	Röteln-IgG	<input type="checkbox"/>
	HCV-IgG	<input type="checkbox"/>	Varizellen-IgG	<input type="checkbox"/>

Befund mitgeteilt am: \_\_\_\_\_ (Datum) Bemerkungen: \_\_\_\_\_