

**ANLAGE 2
ERFORDERLICHE NACHWEISE LAUT AUSBILDUNGSVERTRAG PKT. 1.1**

**A) BESCHEINIGUNG ÜBER SCHUTZIMPFUNGEN GEGEN
DIPHTERIE, HEPATITIS A UND HEPATITIS B**

Frau Herr

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

1.) Schutzimpfung gegen Diphterie

Datum _____ Impfstoff _____ Unterschrift / Stempel des Arztes _____

2.) Schutzimpfung gegen Hepatitis A

(Grundimmunisierung 2x, Kombinationsimpfstoff mit Hepatitis B 3x)

Unbedingt alle Impfungen eintragen oder Kopie des Impfausweises abgeben!

Datum _____ Impfstoff _____ Unterschrift / Stempel des Arztes _____

2.) Schutzimpfung gegen Hepatitis B

(Grundimmunisierung 3x)

Unbedingt alle Impfungen eintragen oder Kopie des Impfausweises abgeben!

Datum _____ Impfstoff _____ Unterschrift / Stempel des Arztes _____

**B) KOPIE DER BLUTWERTE VON BLUTBILD, GAMMA-GT, GPT, GLUKOSE,
KREATININ, BZ – BEI ABGABE MAX. 3 MONATE ALT –**

Unterschrift _____ Stempel _____