

**Immunitätsstatus** von: \_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Infektion	Dokumentierte Impfungen (Datum)	Impfstoff	Antikörper	Immunität	
<b>Masern</b>	1. .... 2. ....			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Mumps</b>	1. .... 2. ....			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Röteln</b>	1. .... 2. ....			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Windpocken</b>	1. .... 2. ....			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Hepatitis A</b>	1. .... 2. .... 3. ....			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Hepatitis B</b>	1. .... 2. .... 3. ....			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Keuchhusten</b>	Grundimmunisierung .....	letzte Impfung: .....	×	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Tetanus</b>	Grundimmunisierung .....	letzte Impfung: .....	×	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Diphtherie</b>	Grundimmunisierung .....	letzte Impfung: .....	×	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Polio</b>	Grundimmunisierung .....	letzte Impfung: .....	×	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_ (Haus-)ärztin/arzt \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_

