

# Ärztliche Bescheinigung

über die **Eignung** zur Ausbildung als

## MTLA/MTRA

Medizinisch-technische Assistenz Labor/Radiologie

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum, -ort: \_\_\_\_\_

Suchtkrankheiten, psychische Erkrankungen:

Körperliche Einschränkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (Stempel des Arztes) Unterschrift

Bitte lassen Sie Ihren **Impfstatus** prüfen und holen Sie ggfs. fehlende Impfungen nach. Eine ausreichende Immunisierung ist Voraussetzung für die Zulassung zum praktischen Unterricht und für das Praktikum im Betrieb. Vielen Dank.

### Masern / Mumps / Röteln (Masernschutzgesetz per 1.3.2020)

- Zwei MMR-Impfungen sind dokumentiert oder
- IgG-Antikörper gegen Masern, Mumps und Röteln im Serum wurden nachgewiesen.

### Tetanus / Diphtherie / Pertussis (Keuchhusten) / Poliomyelitis

- Vollständig (nicht älter als 10 Jahre)
- Die letzte Impfung wurde vor mehr als 10 Jahren durchgeführt, eine Auffrischung wird/muss erfolgen.

### Hepatitis B

- Eine Grundimmunisierung wurde begonnen am \_\_\_\_\_ und nachweislich sind mindestens zwei Impfungen erfolgt
- Nachweis der Immunisierung durch Labor: Anti-HBs > 100 U/l oder Anti-HBc positiv + Hbs-Ag negativ

### Hepatitis A

- Vollständig (2 Impfungen) oder
- Labor: Antikörper gegen HAV wurden nachgewiesen.
- Nicht vollständig, die Impfung wird/muss erfolgen

### Varizella-Zoster-Virus (VZV)

- Zwei Varizellen-Impfungen sind dokumentiert oder
- IgG-Antikörper gegen Varizellen wurden nachgewiesen oder
- Eine Varizellen-Erkrankung wurde in der Vergangenheit von ärztlicher Seite diagnostiziert und dokumentiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (Stempel des Arztes) Unterschrift