



**Ärztliches Attest für Praktikanten im Gesundheitsdienst**  
zur Weitergabe an den Hausarzt und zur Vorlage im ZIB Med / GB Personal

*Medical certificate for trainees in the health service  
to be passed on to the family doctor and to be presented to ZIB Med / GB Personnel*

Hiermit wird bestätigt, dass *It is hereby confirmed that*

Frau/Herr *Ms./Mr.*  
geboren am *born on*

aus ärztlicher Sicht in der Lage ist, ein Praktikum an der Uniklinik Köln zu absolvieren.  
*is medically able to complete an internship at the University Hospital Cologne.*

**Hepatitis B**

- Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. *At least two vaccinations have been given.*
- die zweite Impfung ist am \_\_\_\_\_ und erfolgt (mindestens zwei Wochen vor Antritt des Praktikums). *The second vaccination will take place on \_\_\_\_\_ (at least two weeks before the start of the internship).*
- Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs>100 U/l oder anti-HBc positiv).  
*Serological proof of protection is available (anti-HBs>100 U/l or anti-HBc positive).*

**Masern / Mumps / Röteln** *Measles / Mumps / Rubella*

- Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt. *At least two vaccinations have been given.*
- Immunität gegen Masern, Mumps und Röteln ist gegeben. *Immunity against measles, mumps and rubella is given.*

**Windpocken** *Varicella*

- Sichere Windpockenanamnese liegt vor. *There is a reliable history of varicella.*
- Immunität gegen Windpocken ist gegeben. *Immunity against varicella is given.*

**Keuchhusten** *Pertussis*

- Mind. eine Keuchhusten-Impfung als Jugendlicher oder Erwachsener ist erfolgt.  
*At least one pertussis vaccination has been given as an adolescent or adult.*
- Mikrobiologisch bestätigte Erkrankung in den letzten 10 Jahren liegt vor.  
*Microbiologically confirmed disease in the last 10 years is present.*

**Hepatitis A** *(nur erforderlich bei Tätigkeiten in Kinderheilkunde und Infektiologie / only required for activities in paediatrics and infectiology)*

- Mindestens eine Impfung ist erfolgt. *At least one vaccination has been given.*
- Serologischer Schutznachweis liegt vor. *Serological proof of protection is available.*

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin  
*Place, date, signature and stamp of the physician*