

-疫苗接种证明-中德文对照填写说明

Ärztliches Attest für Kurzzeitbeschäftigte im Gesundheitsdienst 卫生行业短期健康证明

Hiermit wird bestätigt, dass bei *Frau / Herrn* 填写姓名的拼音, geb. am 填写出生日期 日/月/年...
keine Hinweise auf eine körperliche oder geistige Einschränkung gegeben sind, die der
Durchführung einer kurzzeitigen Beschäftigung im Gesundheitsdienst entgegenstehen.
特此证明 XXX先生/女士, 出生日期: XXXX, 无有身体或精神方面的疾病, 允许短期从事卫生
行业。

Einsatzzeitraum im ukb: Vom 进修开始时间 日/月/年 bis zum 进修结束时间 日/月/年

起止时间: 从XXXX到XXXX

Voraussetzungen:

前提:

1. Hepatitis A+B bei jeder Art von pflegerischer Tätigkeit

甲肝、乙肝

- Mindestens zwei Impfungen Hepatitis A/B oder

至少两次甲肝和乙肝疫苗接种, 或者

- zwei Impfungen Hepatitis B und eine Impfung Hepatitis A sind erfolgt (mind. 2 Wochen vor
Praktikumsantritt)

两次乙肝疫苗接种后接种一次甲肝疫苗 (至少在进修开始前两周)

2. Masern! Mumps! Röteln

麻疹! 腮腺炎! 风疹

- Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt.

每种疫苗至少两次接种。

3. Windpocken

水痘

- Mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder

至少两次接种, 或者

- Anamnestisch gesicherte Erkrankung.

已经安全的病史

3. Tetanus! Diphtherie! Keuchhusten

破伤风! 白喉! 百日咳

- Mindestens vier Impfungen sind erfolgt.

每种疫苗至少四次接种

- Die letzte Impfung wurde vor weniger als 10 Jahren durchgeführt.

最后一次接种时间在十年内

4. Poliomyelitis

脊髓灰质炎

- Vollständige Grundimmunisierung

全面基础免疫

Mit der Unterschrift des Arztes wird die Eignung des kurzzeitig Beschäftigten unter ausnahmsloser Erfüllung der Voraussetzungen bestätigt.

医生签字证明满足以上以上所有条件，适合短期从事卫生行业。

Ort, Datum
地点（拼
英），日期
（日/月/年）

Unterschrift
签字

Stempel des Arztes
盖章