



## IMPFFABLEHNUNGSERKLÄRUNG

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Vers.Nr.: \_\_\_\_\_, wurde am: \_\_\_\_\_

von dem/der Arbeitsmediziner/in / für medizinische Vorsorgemaßnahmen verantwortlichen Ärztin/Arzt

Frau Dr.<sup>in</sup> / Herrn Dr. \_\_\_\_\_

in mir verständlicher Weise informiert, dass auch bei ordnungsgemäßer Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit während der praktischen Ausbildung (im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege / in der Pflegehilfe / in medizinischen Assistenzberufen) für mich die Gefahr einer Ansteckung mit dem Hepatitis Virus besteht einschließlich möglicher Komplikationen und Folgeerkrankungen.

Ich wurde sowohl über **ArbeitnehmerInnenschutz** als auch **PatientInnenschutz** informiert und auf die umfassenden Informationen zum Thema „Impfungen für MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens“ auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit hingewiesen.

Ich habe alle Informationen/Erklärungen verstanden und **lehne eine Impfung gegen Hepatitis B trotzdem ab**. Mir wurde eine Kopie dieses Schreibens ausgefolgt.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

-----  
(Unterschrift Schüler/in, Praktikant/in)

-----  
(Unterschrift Arzt)