

# Beurteilung der Immunitätslage werdender Mütter beim beruflichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen

Dokumentation für die/den (Betriebs-) Ärztin/Arzt  
- zum Verbleib in der Gesundheits-/Patientenakte -

Name und Anschrift der/des (Betriebs-)Ärztin/Arztes:

---

---

---

---

Bei Frau

---

---

liegt ein sicherer Antikörper- bzw. Impfschutz (dokumentiert!) gegen folgende Infektionserkrankungen vor<sup>1</sup>:

- |   |                          |    |                          |      |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 1. Röteln (Übertrag aus dem Mutterpass, <b>sicherer</b> Antikörperschutz muss bestehen) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 2. Ringelröteln   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 3. Windpocken   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 4. Masern   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 5. Mumps  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 6. Zytomegalie  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 7. Hepatitis A  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 8. ggf. Hepatitis B   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 9. Pertussis-Impfung erhalten<br>(in den letzten 10 Jahren)                             | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 10. Aktuelle Grippe-Impfung erhalten  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

**Aufgrund der oben erhobenen Befunde wird folgende Empfehlung zur Beschäftigung der werdenden Mutter ausgesprochen (s. Kopie der Mitteilung an den Arbeitgeber)**

Die werdende Mutter wurde zu **allen** relevanten Infektionskrankheiten (insbesondere der Zytomegalie) und den sich daraus ergebenden Konsequenzen eingehend informiert und beraten.

---

Datum, **Unterschrift** der/des (Betriebs-)Ärztin/Arztes

der werdenden Mutter

Mitteilung an den Arbeitgeber abgeschickt am \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In Zweifelsfällen Anfrage an das jeweilige Nationale Referenzzentrum beim Robert Koch Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin