

Antrag zur Impfung gegen Hepatitis B an:

Dr. med. G. Bandomer – Arzt für Allgemeinmedizin – Betriebsmedizin

F A X - M i t t e i l u n g

F A X - N r. (0 40) 2 70 40 04

Datum:

.....-Praxis:

Fax-Nr.:

Betrifft MitarbeiterIn

Herr / Frau

Name

Vorname

Geb.-Datum

Angabe des Impfstoffes – bitte unten ankreuzen:

Impfung gegen Hepatitis A und/oder B ?

Ich wünsche, dass meine MitarbeiterInnen **geimpft** werden

- nur gegen Hepatitis B (BGV C8, § 4 vormals VBG 103).
- mit dem Mehrfachimpfstoff Twinrix gegen Hepatitis B und Hepatitis A.
- Führen Sie bitte 4-6 Wochen nach der 3. Impfung eine HBs AK Titer Kontrolle durch (Impferfolgskontrolle).
- Hepatitis C - Serologie (HC-Virus AK) ist durchzuführen (entspr. Arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung G 42.11.5).

Datum:

Stempel / Unterschrift: