Sehr geehrte/r Frau/ Herr ……………….

Für die Fach- und Ergänzungskräfte in Kindertageseinrichtungen besteht eine erhöhte Gefährdung durch Infektionskrankheiten, so Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Ringelröteln, Varizellen, Cytomegalie und ggf. Hepatitis A und Hepatitis B. Eine besondere Gefährdung besteht in der Schwangerschaft.

Um bestmöglichen Schutz für Sie zu gewährleisten, bitten wir Sie, sich

zu einer Erstuntersuchung/ Folgeuntersuchung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

aufgrund Ihrer Schwangerschaftsmitteilung zur Untersuchung/ Titerbestimmung

zur Auffrischung bzw. Vervollständigung des Impfschutzes

am ………………………………………….. um ………………. Uhr

bei …………………………………………………………………… .(Name und Anschrift Betriebsarzt)

vorzustellen.

Mit freundlichen Grüßen

…………………………………………………….

Unterschrift Träger

**Erklärung der Mitarbeiterin**

Ich habe o. g. Termin zur Erstuntersuchung/ Folgeuntersuchung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Titerbestimmung in der Schwangerschaft

Impfung

zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass die entsprechende Untersuchung nur vom o. g. Betriebsarzt durchgeführt werden darf und dass ich bei fehlender Immunität einen Anspruch auf Impfschutz nach Maßgabe des Betriebsarztes habe. Eine Impfung bei fehlender Immunität ist freiwillig. Die Kosten hierfür trägt der Arbeitgeber.

Bei nicht ausreichender Immunität:

Das Angebot zur Impfung werde ich wahrnehmen nicht wahrnehmen

…………………………………………. ………………………………………………

Ort, Datum Unterschrift der Mitarbeiterin