

English Version

MEDICAL CERTIFICATE / RECORD

For presentation at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf

Surname, first name: _____ born _____

- This is to confirm that in terms of health the above named person is fit to perform their daily activities at the hospital/medical center. In particular, the person does not suffer from any mental disorders or substance abuse/drug addiction.
- This is to confirm that in terms of health the above named person is not fit to perform their daily activities at the hospital/medical center.

The following results have been examined (please attach a copy of results):

Date: _____ tuberculin skin test: _____ negative / positive

or

Date: _____ gamma-interferon-test: _____ negative / positive

If tuberculin skin test or gamma-interferon-test is positive, a chest X-ray is necessary:

Chest X-ray: Date _____ Result: _____

Immune status with regard to measles (vaccination protection or immunity against measles):

- 2 doses of measles vaccine are documented **or**
- serological proof of immunity against measles is available.

Hepatitis C and B serology:

Date: _____ Hepatitis C serology: _____

Date: _____ Hepatitis Bs antigen: _____

Date: _____ Hepatitis Bs antibody: _____

Date: _____ Hepatitis Bc antibody: _____

Date: _____ HIV serology: _____

Date: _____ Nasal swab MRSA (methicillinresistent staph. aureus): _____

Date: _____ Throat swab MRGN (multiresistent gramneg. bacteria): _____

Date

Clinic's stamp and signature of the doctor

Deutschsprachige Version

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Zur Vorlage im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Es wird bestätigt, dass die o. g. Person in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung einer Tätigkeit im Klinikalltag geeignet ist. Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische Einschränkungen noch Suchterkrankungen vorliegen.

Es wird bestätigt, dass die o. g. Person in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung einer Tätigkeit im Klinikalltag ungeeignet ist.

Folgende Test wurden durchgeführt (bitte Ergebnisse beilegen):

Datum: _____ Tuberculin Haut-Test negativ / positiv
oder

Datum: _____ Gamma-Interferon-Test negativ / positiv

Falls der Tuberkulin-Hauttest oder der Gamma-Interferon-Test positiv ist, ist die Vorlage einer Thorax-Röntgenaufnahme zwingend notwendig.

Röntgen Thorax: Datum _____ Ergebnis: _____

Immunstatus bzgl. Masern:

2 Impfungen gegen Masern sind dokumentiert **oder**

serologischer Immunitätsnachweis gegen Masern liegt vor

Hepatitis C und B Serologie:

Datum: _____ Hepatitis C Serologie: _____

Datum: _____ Hepatitis Bs Antigen: _____

Datum: _____ Hepatitis Bs Antikörper: _____

Datum: _____ Hepatitis Bc Antikörper: _____

Datum: _____ HIV Serologie: _____

Datum: _____ Nasenabstrich MRSA (Methicillinresistenter staph. Aureus): _____

Datum: _____ Rachenabstrich MRGN (Multiresistenter gramneg. Bakterien): _____

Datum

Klinik-Stempel und Unterschrift der/s Ärztin/Arztes