

Ärztliches Zeugnis

Für Frau / Herri	າ	, geboren am	
Arbeitsaufnahn	_	vereinbarten Zeitpunkt ka	sitätsklinikum Essen. Eine ann nur erfolgen, wenn eine
Hiermit wird be	estätigt, dass Frau / H	err	
	reichenden Immunscl kommission (STIKO) v		rechend der Empfehlung der
zweimalige	Impfung		
Antikörperi	nachweis		
Ort	Datum	Unterschrift	Stempel (Praxis)