

**Beurteilung der Immunitätslage einer werdenden Mutter  
bei beruflichem Umgang mit Kindern und Jugendlichen nach Gefährdungsbeurteilung**  
Dokumentation für die/den (Betriebs-) Ärztin/Arzt

**Dieses Dokument verbleibt in der Gesundheits-/Patientenakte des Arztes!**

betroffene Arbeitnehmerin Frau:

Arbeitgeber:

beschäftigt als:

Umgang mit Kindern/ Jugendlichen im Alter von..... bis.....:

Besondere Infektionsrisiken:

Dokumentation zur Antikörper- bzw. Impfschutzlage gegenüber folgenden Infektionserkrankungen:

In Zweifelsfällen Anfrage an das jeweilige Nationale Referenzzentrum beim Robert Koch Institut, Nordufer 20,13353 Berlin ([www.rki.de](http://www.rki.de))

	<b>Nachweis der Immunität zum Schutz vor tätigkeitsbedingter Gefährdung erforderlich</b> <i>Ja / Nein</i>	<b>Immunität nachgewiesen</b> <i>Ja / Nein</i>	<b>Erforderliche Maßnahmen bei <u>nicht</u> sicher nachgewiesener Immunität</b>		
			<b>Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt während der gesamten Schwangerschaft</b>	<b>Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt im begrenzten Zeitraum</b>	<b>Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt, wenn.....</b>
<b>Röteln</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	<input type="checkbox"/> bis 20. SSW	<input type="checkbox"/> befristet bei Ausbruch der Erkrankung bei den betreuten Kindern nach 20.SSW
<b>Ringelröteln</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	<input type="checkbox"/> bis 20. SSW (bei Kindern im Vorschulalter)	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung bei Kindern im Schulalter bzw. nach 20.SSW
<b>Windpocken</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (bei Kindern ≤15J.)	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung (bei Kindern >15J.)
<b>Masern</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (bei Vorschulkindern/ Kinderheimen/ Pädiatrie)	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung/ bei Epidemien (bei Kindern im Schulalter)
<b>Mumps</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern/ bei Epidemien
<b>Zytomegalie</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Kinderumgang ≤3J/ altersunabhängig bei behinderten Kindern	entfällt	<input type="checkbox"/> bei engem Körperkontakt, wickeln (Hygienemaßnahmen, Schutzhandschuhe erforderlich)

	<b>Nachweis der Immunität zum Schutz vor tätigkeitsbedingten Gefährdung erforderlich Ja / Nein</b>	<b>Immunität nachgewiesen  Ja / Nein</b>	<b>Erforderliche Maßnahmen bei nicht sicher nachgewiesener Immunität</b>		
			<b>Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt während der gesamten Schwangerschaft</b>	<b>Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt im begrenzten Zeitraum</b>	<b>Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt, wenn.....</b>
<b>Hepatitis A</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Hygienemaßnahmen	<input type="checkbox"/> bei Betreuung behinderter Kinder	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern
<b>Hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> kein Blutkontakt	<input type="checkbox"/> bei Risikogruppen	entfällt	entfällt
<b>Hepatitis C/ HIV</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> kein Blutkontakt	<input type="checkbox"/> bei jugendlichen Straftätern (Drogenabhängigkeit)	entfällt	entfällt
<b>Influenza</b>	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> bei Ausbruch der Erkrankung in der Einrichtung/ regionalen Epidemien
<b>Rotavirusinfektion</b>	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung/ Epidemien
<b>Norovirusinfektion</b>	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung/ Epidemien
<b>Pertussis</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern
<b>Scharlach</b>	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern
<b>Diphtherie</b>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung
<b>Hand-Fuß-Mund-Krankheit</b>	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern

**Aufgrund der oben erhobenen Befunde erhält der Arbeitgeber mit gesondertem Formular Empfehlungen zur Weiterbeschäftigung der werdenden Mutter**

**Die werdende Mutter wurde zu den 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

Stellungnahme (FORMBLATT B) an den Arbeitgeber abgeschickt am \_\_\_\_\_