

# Ärztliches Attest

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort: \_\_\_\_\_

Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen die Weiterführung des Medizinstudiums an dem Asklepios Campus Hamburg bestehen keine ärztlichen Einwände.

Folgende Pflichtimpfungen sind nachzuweisen:

- Masern- und Röteln-Impfung
- Tetanus-Impfung
- Hepatitis A- und B-Impfung

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel

\_\_\_\_\_