



INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS

vor Beginn der Tätigkeit im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan
für den Mitarbeiter / Zivildienstleistenden / Famulanten / KPJ:

Vorname, Nachname, Titel:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Sozialversicherungsnummer (Österreich):
E-Mail-Adresse:	Wohnadresse:

Bei einer Tätigkeit im Krankenhaus besteht die Gefahr der Übertragung von infektiösen Erkrankungen wie unter anderem **Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Covid-19** und **Hepatitis B**. Um einerseits eine Übertragung dieser Erkrankungen auf Patienten und deren Angehörige zu vermeiden und andererseits auch für den Mitarbeiter selbst einen entsprechenden Schutz zu bieten, ist bei jedem im Krankenhaus Tätigen eine Immunität gegen diese Erkrankungen festzustellen.

Als sicherer Schutz vor diesen Erkrankungen gilt bei Masern, Mumps, Röteln und Varizellen eine dokumentierte zweimalige Impfung **oder** ein positiver Antikörpertiter. Bei Covid-19 eine nachweislich durchgemachte Infektion, eine dokumentierte Impfung (Häufigkeit je nach Hersteller) **oder** ein positiver Nachweis von neutralisierenden Antikörpern. Bei Hepatitis B eine dokumentierte dreimalige Impfung **oder** ein positiver Antikörpertiter; bitte beachten Sie dass Sie **ggf. mit der Impfung 6 Wochen vor Beginn** Ihrer Tätigkeit im Haus beginnen müssen, damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird.

Bitte lassen Sie Ihren **persönlichen Infektionsschutznachweis** anhand der folgenden Tabelle vom **Arzt Ihres Vertrauens (z. B. Hausarzt)** bestätigen und **geben Sie diese Bestätigung Ihrer Ansprechperson im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan vor Beginn Ihrer Tätigkeit ab**. Andernfalls ist **kein Dienstbeginn oder kein Praktikum** möglich. Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

	Datum der Impfung		Letzter Antikörpertiter
Masern (Morbilli)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Mumps (Parotitis epidemica)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Röteln (Rubella)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Windpocken (Varizellen)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
COVID-19 (Corona)	Nachweis durchgemachte Infektion: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Hepatitis B	1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Auffrischung am:	und	Titer/Befund: Höhe:! Datum:

Hiermit wird bestätigt, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung der erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

_____ Datum

_____ Unterschrift und Stempel Ihres (Haus-) Arztes