



INFektionsschutznachweis

vor Beginn der Tätigkeit im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan
für den Praktikanten:

| | |
|---------------------------|---|
| 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 bei Ihrer Ansprechperson im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan vor Beginn Ihrer Tätigkeit ab. 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: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Hepatitis B | 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Auffrischung am: | oder | Titer/Befund: Höhe:! Datum: |

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

Datum

Unterschrift und Stempel Ihres (Haus-) Arztes