

CHECKLISTE Immunitätsnachweis für neue Mitarbeiter in patientennahen Bereichen

Auf Grundlage der Impfpfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit und im Sinne der Mitarbeiter- und Patientensicherheit sieht das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt als Einstellungs Voraussetzung für die nachfolgenden Berufsgruppen vor, einen Immunitätsnachweis gegen die auf S. 2 angeführten Erkrankungen vorzulegen:

- **Pflegepersonal und Serviceassistenten**
- **Hebammen**
- **Ärzte, KPJ-Studenten und Famulanten**
- **Klinische Psychologen**
- **Medizinisch-technische Dienste inkl. Praktikanten**
- **Mitarbeiter aus dem Labor**

Daher bitten wir Sie die vorliegende Checkliste von Ihrem Hausarzt ausfüllen und den Infektionsschutz bestätigen zu lassen. Der Immunitätsnachweis ist zusammen mit allen Impfpässen zur Untersuchung bei unserer Arbeitsmedizin mitzubringen.

Wir bitten um Verständnis, dass ein Arbeitsbeginn in unserem Krankenhaus ohne Erbringung dieses Immunitätsnachweises nicht möglich ist.

Wir weisen des Weiteren darauf hin, dass die im Zusammenhang mit dieser Regelung entstehenden Kosten **nicht** durch den Arbeitgeber übernommen werden.

Mitarbeiter: _____

Geburtsdatum: _____

Vers. Nr.: _____

Adresse: _____

Beschäftigt als: _____

Abteilung/Bereich: _____

CHECKLISTE Immunitätsnachweis für neue Mitarbeiter in patientennahen Bereichen

Hiermit wird bestätigt, dass die Immunität gegen die u.a. Erkrankungen entweder durch **nachgewiesene Grundimmunisierungen bzw. Auffrischungsimpfungen** und/oder durch einen **positiven Antikörpertiter** vorliegt.

Mitarbeiter: _____

		Impfdatum	Titer/-Höhe	Datum
Diphtherie- Tetanus- Pertussis-Polio	Letzte Impfung		/	
Masern-Mumps- Röteln (MMR) (Kombi-Impfung)	1. Impfung			
	2. Impfung			
Varizellen	1. Impfung			
	2. Impfung			
	<input type="checkbox"/> Ich war bereits an Varizellen erkrankt und bin daher immun. Ohne nachgewiesener 2x Impfung ist Titer im Hochrisikobereich nötig!			
Influenza (jährlich)*	Letzte Impfung			
Hepatitis B	1. Impfung			
	2. Impfung			
	3. Impfung			
	Letzte Auffrischung			
Pneumokokken² (ab dem 50. LJ.)	1. Impfung (PREVENAR 13)			
	2. Impfung (PNEUMOVAX 23)			
Meningokokken³	1. Impfung (NIMENRIX)			
	2. Impfung (BEXSERO)			
	3. Impfung (BEXSERO)			
Covid-19**	1. Impfung			
	2. Impfung			
	<input type="checkbox"/> Nachweis der Anmeldung zur Covid-19-Schutzimpfung (Email auf dem Handy).			
	<input type="checkbox"/> Nachweis der Immunität durch Genesung mittels aufgehobenen Absonderungsbescheids (6 Monate gültig), ärztlicher Bestätigung (Hausarzt) oder Antikörpernachweis (3 Monate gültig).			
<input type="checkbox"/> Information durch Arbeitsmedizin über die Möglichkeit der Anmeldung zur Impfung über die Plattform Land Burgenland.**				

* Die jährliche Immunisierung ist für Eintritte im Zeitraum von Oktober bis März (Grippezeit) erforderlich.

CHECKLISTE Immunitätsnachweis für neue Mitarbeiter in patientennahen Bereichen

² Ausschließlich für ärztliches, pflegerisches, therapeutisches Personal, klinische Psychologen und Studenten/Praktikanten dieser Berufsgruppen, die in den Hochrisikobereichen Anästhesie und Intensivmedizin, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin II - Onkologie und in der zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (betrifft die Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Neurologie) tätig sind sowie für Mitarbeiter aus dem Labor und dem Empfang erforderlich.

³ Für ärztliches, pflegerisches, therapeutisches Personal, klinische Psychologen und Studenten/Praktikanten dieser Berufsgruppen auf den folgenden Abteilungen erforderlich: ICU, Kinder- u. Jugendheilkunde, Neurologie und ZAE.

** Für einen Dienstantritt ist die 1. Teilimpfung (Nachweis Impfpass), der Nachweis einer Anmeldung zur Covid-19-Schutzimpfung oder die Bestätigung der Genesung nach durchgemachter Covid-Infektion (Nachweis mittels Absonderungsbescheid, ärztlicher Bestätigung oder Antikörpernachweis) ausreichend.

Als Mitarbeiter in unserem Krankenhaus haben Sie die Möglichkeit sich über die Plattform Land Burgenland anzumelden und vorgereicht zu werden: <https://impfen.lsz-b.at>. Wählen Sie bei der Anmeldung „Gesundheitspersonal“ aus und leiten ihre Bestätigung der Landesplattform an die zuständige Direktion (Pflegedirektion oder Ärztliche Direktion) weiter.

Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt

Von der Arbeitsmedizin auszufüllen: Dokumentation fehlender Impfungen

Name des Mitarbeiters:	
Datum:	
Fehlende Impfung(en) bzw. fehlende Anmeldung zur Covid-19-Schutzimpfung:	

Mitarbeiter/in:

Hiermit bestätige ich, über die noch fehlende(n) Impfung(en) bzw. die fehlende Anmeldung zur Covid-19-Schutzimpfung informiert zu sein, diese in Eigenverantwortung schnellstmöglich nachzuholen und im Zuge eines 2. Termins bei der Arbeitsmedizin im Laufe des Probemonats nachzuweisen (Terminvereinbarung für den 2. Termin bei der Arbeitsmedizin für die Berufsgruppe der Pflege unter pflge.sekretariat@bbeisen.at und für alle restlichen Berufsgruppen unter krankenhaus@bbeisen.at). Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass sofern dies nicht erfolgt, das Dienstverhältnis im Probemonat gelöst wird.

Unterschrift Mitarbeiter

Hiermit wird durch die Arbeitsmedizin bestätigt, dass die Voraussetzung für Tätigkeiten im patientennahen Bereich gegeben ist.

Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitsmedizin