



## 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 Einstellungsvoraussetzung 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
<b>Diphtherie- Tetanus- Pertussis-Polio</b>	Letzte Impfung		/	
<b>Masern-Mumps- Röteln (MMR) (Kombi-Impfung)</b>	1. Impfung			
	2. Impfung			
<b>Varizellen</b>	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!			
<b>Influenza (jährlich)*</b>	Letzte Impfung			
<b>Hepatitis B</b>	1. Impfung			
	2. Impfung			
	3. Impfung			
	Letzte Auffrischung			
<b>Pneumokokken<sup>2</sup> (ab dem 50. LJ.)</b>	1. Impfung (PREVENAR 13)			
	2. Impfung (PNEUMOVAX 23)			
<b>Meningokokken<sup>3</sup></b>	1. Impfung (NIMENRIX)			
	2. Impfung (BEXSERO)			
	3. Impfung (BEXSERO)			
<b>Covid-19** (Stand 25.11.2021, Änderungen vorbehalten je nach aktuellen Vorgaben der Regierung)</b>	1. Impfung			
	2. Impfung			
	3. Impfung			
	<input type="checkbox"/> Nachweis der Immunität durch Genesung mittels Genesungszertifikat, behördlichem Absonderungsbescheid oder ärztlicher Bestätigung (180 Tage gültig).			

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

<sup>2</sup> 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.

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



**CHECKLISTE**  
**Immunitätsnachweis für**  
**neue Mitarbeiter in**  
**patientennahen Bereichen**

\*\* Für den Dienstantritt ist ein gültiger Impfnachweis (Impfzertifikat, gelber Impfpass, Impf-Kärtchen oder e-Impfpass) und/oder die gültige Bestätigung der Genesung nach durchgemachter Covid-Infektion (Genesungszertifikat, behördlicher Absonderungsbescheid oder ärztliche Bestätigung) notwendig. Im Falle einer Genesung ist spätestens nach Ablauf der Gültigkeit des Nachweises bzw. je nach aktuellen Vorgaben der Regierung zwingend eine Impfung erforderlich.

Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt

**Von der Arbeitsmedizin auszufüllen: Dokumentation fehlender Impfungen**

Datum:

Fehlende Impfung(en):

**Vom Mitarbeiter auszufüllen**

Name:

Geburtsdatum:

Hiermit bestätige ich, über die noch fehlende(n) Impfung(en) informiert zu sein und diese in Eigenverantwortung schnellstmöglich nachzuholen und spätestens 5 Werktage vor Ablauf des Probemonats nachzuweisen.

Nachweis erfolgt durch:

- Elektronische Übermittlung an die Arbeitsmedizin ([betriebsarzt@bbeisen.at](mailto:betriebsarzt@bbeisen.at))  
oder  
 Folgetermin bei der Arbeitsmedizin (Terminvereinbarung für die Berufsgruppe der Pflege unter [pflge.sekretariat@bbeisen.at](mailto:pflge.sekretariat@bbeisen.at) und für alle restlichen Berufsgruppen unter [krankenhaus@bbeisen.at](mailto: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