



## 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)			

\* 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.

Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt



## CHECKLISTE Immunitätsnachweis für neue Mitarbeiter in patientennahen Bereichen

### Von der Arbeitsmedizin auszufüllen: Dokumentation fehlender Impfungen

Datum:	
Fehlende Impfung(en):	

### Vom Mitarbeiter auszufüllen

Name:	Geburtsdatum:
<p>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.</p> <p>Nachweis erfolgt durch:</p> <p><input type="checkbox"/> Elektronische Übermittlung an die Arbeitsmedizin (<a href="mailto:betriebsarzt@bbeisen.at">betriebsarzt@bbeisen.at</a>) oder</p> <p><input type="checkbox"/> Folgetermin bei der Arbeitsmedizin (Terminvereinbarung für die Berufsgruppe der Pflege unter <a href="mailto:pfllege.sekretariat@bbeisen.at">pfllege.sekretariat@bbeisen.at</a> und für alle restlichen Berufsgruppen unter <a href="mailto:krankenhaus@bbeisen.at">krankenhaus@bbeisen.at</a>).</p> <p>Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass sofern dies nicht erfolgt, das Dienstverhältnis im Probemonat gelöst wird.</p>	
Unterschrift Mitarbeiter	

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

Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitsmedizin