



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

Version: 003/07.2018  
Erstellung: Habersack, B.,  
am: 04.08.2017  
Freigabe: Maurer, Robert,  
am: 10.07.2018

Für Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die in patientennahen Bereichen tätig sind, ist es gemäß den Impfeempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit erforderlich, Immunität gegen die u.a. Erkrankungen nachzuweisen. Im Sinne der Mitarbeiter- und Patientensicherheit gilt dies als Einstellungsvoraussetzung für die folgenden Berufsgruppen: **Ärzte, Famulanten, Hebammen, Klinische Psychologen, KPJ-Studenten, Medizinisch-technische Dienste, Praktikanten des medizinisch-technischen Dienstes, Mitarbeiter aus dem Labor und dem Empfang, Pflegepersonal, Pflegepraktikanten, Pflegestudenten und Reinigungspersonal im patientennahen Bereich.**

Daher bitten wir Sie die vorliegende Checkliste von Ihrem Hausarzt ausfüllen und den Infektionsschutz bestätigen zu lassen. Der Immunitätsnachweis ist zusammen mit dem Impfpass zur Einstellungsuntersuchung bei unserer Arbeitsmedizin mitzubringen und danach in der Personalabteilung abzugeben.

**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.

	Impfdatum	Titer/-Höhe	Datum
<b>Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio</b> (Kombi-Impfung)	Letzte Impfung	/	
<b>Masern-Mumps-Röteln (MMR)</b> (Kombi-Impfung)	1. Impfung		
	2. Impfung		
	<input type="checkbox"/> Ich war bereits an MMR erkrankt und bin daher immun.		
<b>Varizellen</b>	1. Impfung		
	2. Impfung		
	<input type="checkbox"/> Ich war bereits an Varizellen erkrankt und bin daher immun.		
<b>Influenza</b> (jährlich)*	Letzte Impfung		
<b>Hepatitis B</b>	1. Impfung		
	2. Impfung		
	3. Impfung		
	Letzte Auffrischung		
<b>Pneumokokken<sup>2</sup></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 Oktober bis März (Grippezeit) verpflichtend.

<sup>2/3</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 tätig sind sowie für Mitarbeiter aus dem Labor und dem Empfang erforderlich.

<sup>3</sup> Zusätzlich für ärztliches, pflegerisches, therapeutisches Personal, klinische Psychologen und Studenten/Praktikanten dieser Berufsgruppen der Neurologie erforderlich.

Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt

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

Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitsmedizin