

 elisabethinen <small>allgemeines öffentliches Krankenhaus</small>	FORMULAR Infektionsschnachweis für neue Mitarbeiter/Praktikanten/ Famulanten/Auszubildende im KPJ/ Zivildienstleistende	Version: 003/04.2021 Verantwortlich: Lueger, Silvia; Rohrer, Karin Freigabe: Steiner, Michael (18.03.2021); Haber, Elke (18.03.2021); Lueger, Silvia (18.03.2021); Kuschnig, Manfred (28.04.2021)
--	---	--

Vorname, Nachname, Titel:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Sozialversicherungsnummer (Österreich):
E-Mail-Adresse:	Wohnadresse:

Bei einer Tätigkeit im Krankenhaus besteht die Gefahr der Übertragung von infektiösen Erkrankungen, es besteht daher auch eine Empfehlung für „Impfungen für Personal des Gesundheitswesens“ des Bundesministeriums Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 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 Windpocken eine dokumentierte zweimalige Impfung **oder** ein positiver Antikörpertiter. Bei Hepatitis B eine dokumentierte dreimalige Impfung **und** ein positiver Antikörpertiter; bitte beachten Sie dass Sie **ggf. 6 Wochen vor Beginn** Ihrer Tätigkeit im Haus mit der Impfung beginnen müssen damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird.

Bitte lassen Sie Ihren persönlichen Infektionsschnachweis anhand der folgenden Tabelle vom Arzt Ihres Vertrauens (z. B. Hausarzt) bestätigen und geben Sie diese Bestätigung bei Ihrer Ansprechperson im Krankenhaus Elisabethinen umgehend (mind. 3 Wochen vor Beginn Ihrer Tätigkeit) ab.

Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

	Datum der Impfung		Letzter Antikörpertiter	
Masern (Morbilli)	1. Impfung am:	oder	Titer/Befund:	geschützt
	2. Impfung am:		Datum:	ungeschützt
Mumps (Parotitis epidemica)	1. Impfung am:	oder	Titer/Befund:	geschützt
	2. Impfung am:		Datum:	ungeschützt
Röteln (Rubella)	1. Impfung am:	oder	Titer/Befund:	geschützt
	2. Impfung am:		Datum:	ungeschützt
Windpocken (Varizellen)	1. Impfung am:	oder	Titer/Befund:	geschützt
	2. Impfung am:		Datum:	ungeschützt
Hepatitis B	1. Impfung am:	und	Titer/Befund:	geschützt
	2. Impfung am:		Höhe:	ungeschützt
	3. Impfung am:		Datum:	
	Auffrischung am:			

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

Datum: _____

Unterschrift und Stempel Ihres (Haus-)Arztes: _____