



INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS

vor Beginn der Tätigkeit im Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz für den Mitarbeiter/Praktikanten/Ferialhelfer:

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

Bei einer Tätigkeit im Krankenhaus besteht die Gefahr der Übertragung von infektiösen Erkrankungen wie unter anderem **Masern, Mumps, Röteln** sowie **Varizellen** und **Hepatitis B**. Um die Übertragung dieser Erkrankungen auf Patienten und deren Angehörige zu vermeiden und auch Mitarbeitende selbst zu schützen, ist bei jedem im Krankenhaus tätigen Mitarbeiter/Praktikanten/Ferialhelfer eine Immunität gegen diese Erkrankungen festzustellen.

Als sicherer Schutz vor diesen Erkrankungen gilt bei Masern, Mumps, Röteln und Varizellen eine dokumentierte zweimalige Impfung **oder** ein positiver Antikörpertiter. Bei Hepatitis B eine dokumentierte dreimalige Impfung **oder** ein positiver Antikörpertiter; bitte beachten Sie, dass Sie ggf. mit der Impfung 6 Wochen vor Eintritt beginnen müssen, damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird. **Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!**

Betreffend COVID 19 teilen Sie uns bitte Ihren Status (geimpft bzw. durchgemacht [SARS-CoV-2 Antikörper]) mit.

Bitte lassen Sie Ihren persönlichen Infektionsschutznachweis anhand der folgenden Tabelle vom Arzt Ihres Vertrauens (z. B. Hausarzt) bestätigen und übermitteln Sie den Nachweis Ihrer Ansprechperson im Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz.

| | Datum der Impfung | | Letzter Antikörpertiter |
|---------------------------------------|--|------|----------------------------------|
| Masern (Morbilli) | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Mumps (Parotitis epidemica) | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Röteln (Rubella) | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Windpocken (Varizellen) | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Hepatitis B | 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Auffrischung am: | oder | Titer/Befund: Höhe: Datum: |
| SARS-CoV-2 (COVID-19) | 1. Impfung am: 2. Impfung am: Auffrischung am: Erkrankt am: | oder | Titer/Befund: Datum: |

Hiermit bestätige ich, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung der erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

Datum: _____ Unterschrift und Stempel des (Haus-)Arztes: _____