



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 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 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 Beginn Ihrer Tätigkeit im Haus beginnen müssen, damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird.

Bitte lassen Sie Ihren persönlichen Infektionsschutznachweis anhand der folgenden Tabelle vom Arzt Ihres Vertrauens (z. B. Hausarzt) bestätigen und geben Sie diese Bestätigung bei Ihrer Ansprechperson im Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz vor Beginn Ihrer Tätigkeit ab. Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

	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:

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

Datum: _____

Unterschrift und Stempel Ihres (Haus-)Arztes: _____