



INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS

vor Beginn der Tätigkeit bei den Barmherzigen Brüdern Linz/Seniorenheim Franziskusschwestern für den/die Mitarbeiter*in/Praktikant*in/Ferialhelfer*in:

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 Patient*innen und deren Angehörige zu vermeiden und auch Mitarbeitende selbst zu schützen, ist bei allen im Krankenhaus tätigen Mitarbeiter*innen/Praktikant*innen/Ferialhelfer*innen 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. **Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!**

Bei **Hepatitis B** ist eine dokumentierte dreimalige Impfung (innerhalb der letzten 10 Jahre) **oder** ein positiver Antikörpertiter (nicht älter als 10 Jahre) notwendig. Bitte beachten Sie, dass Sie ggf. mit der Impfung 6 Wochen vor Eintritt beginnen müssen, damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird.

Bitte lassen Sie Ihren Infektionsschutznachweis anhand nachfolgender Tabelle ärztlich (z. B. Hausarzt) bestätigen und übermitteln diesen vorzugsweise per E-Mail (Foto, Scan des Formulars) an: manuela.schoeller@bblinz.at

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

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

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des (Haus-)Arztes: _____