



1. Zweck & Ziel

Diese Arbeitsablaufbeschreibung basiert auf der [R RL Personalauswahl Gesamthaus Rahmenrichtlinie](#)

2. Geltungsbereich

Alle Mitarbeiter Gesamthaus

3. Abkürzungen & Begriffe

OP-Ass. Operation Assistenz

4. Inhalt

Auf Grundlage der Impfempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit und im Sinne der Mitarbeiter- und Patientensicherheit sieht das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt GmbH als Einstellungsvoraussetzung für die nachfolgenden Berufsgruppen vor, einen Immunitätsnachweis gegen die auf S. 2 angeführten Erkrankungen vorzulegen:

- Pflegepersonal und Serviceassistenten
- Hebammen
- Ärzte und KPJ-Studenten
- Klinische Psychologen
- Medizinisch-technische Dienste
- Mitarbeiter aus dem Labor
- Mitarbeiter Transportdienst
- Mitarbeiter MAB (OP-Ass.)

Daher bitten wir Sie die vorliegende Checkliste von Ihrem Hausarzt ausfüllen und den Infektionsschutz bestätigen zu lassen. Der Immunitätsnachweis ist zusammen mit allen Impfpässen zur Untersuchung bei unserer Arbeitsmedizin mitzubringen.

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
patientennahmen Bereichen**

Version: 014/10.2025
Erstellung: Hiden, B.; Habersack,
B., Kral K.
Geändert am: 20.10.2025
Freigabe: Maurer, Robert
am: 28.10.2025 28.10.2025

Hiermit wird bestätigt, dass die Immunität gegen die u.a. Erkrankungen entweder durch **nachgewiesene Grundimmunisierungen bzw. Auffrischungsimpfungen** und/oder durch einen **positiven Antikörpertiter** vorliegt.

Mitarbeiter: _____

		Impfdatum	Titer/-Höhe	Datum
Diphtherie- Tetanus- Pertussis-Polio	Letzte Impfung		/	
Masern-Mumps- Röteln (MMR) (Kombi-Impfung)	1. Impfung			
	2. Impfung			
Varizellen	1. Impfung			
	2. Impfung			
<input type="checkbox"/> Ich war bereits an Varizellen erkrankt und bin daher immun. Ohne nachgewiesener 2x Impfung ist Titer im Hochrisikobereich nötig!				
Influenza (jährlich)*	Letzte Impfung			
Hepatitis B	1. Impfung			
	2. Impfung			
	3. Impfung			
	Letzte Auffrischung			
Pneumokokken² (ab dem 50. LJ.)	1. Impfung (PREVENAR 13)			
	2. Impfung (PNEUMOVAX 23)			
Meningokokken³	1. Impfung (Neis Vac C)			

* Die jährliche Immunisierung ist für Eintritte im Zeitraum von Oktober bis März (Grippezeit) erforderlich.

² Ausschließlich für ärztliches, pflegerisches, therapeutisches Personal, klinische Psychologen und Studenten dieser Berufsgruppen, die in den Hochrisikobereichen Anästhesie und Intensivmedizin, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin II - Onkologie und in der zentralen Aufnahmee- und Erstversorgungseinheit (betrifft die Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Neurologie) tätig sind sowie für Mitarbeiter aus dem Labor und dem Empfang erforderlich.

³ Für ärztliches, pflegerisches, therapeutisches Personal, klinische Psychologen und Studenten dieser Berufsgruppen auf den folgenden Abteilungen erforderlich: ICU, Kinder- u. Jugendheilkunde, Geburtshilfe, Neurologie und ZAE.

Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt



Von der Arbeitsmedizin auszufüllen: Dokumentation fehlender Impfungen

Datum:	
Fehlende Impfung(en):	

Vom Mitarbeiter auszufüllen

Name:	Geburtsdatum:
Hiermit bestätige ich, über die noch fehlende(n) Impfung(en) informiert zu sein und diese in Eigenverantwortung schnellstmöglich nachzuholen und spätestens 5 Werktagen vor Ablauf des Probemonats nachzuweisen.	
Nachweis erfolgt durch:	
<input type="checkbox"/> Elektronische Übermittlung an die Arbeitsmedizin (betriebsarzt@bbeisen.at) oder	
<input type="checkbox"/> Folgetermin bei der Arbeitsmedizin (Terminvereinbarung über das jeweilige KOFÜ-Sekretariat).	
Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass sofern dies nicht erfolgt, das Dienstverhältnis im Probemonat gelöst wird.	

Unterschrift Mitarbeiter

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

Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitsmedizin

5. Mitgeltende Unterlagen

[R_RL Personalauswahl Gesamthaus Rahmenrichtlinie](#)

6. Wiedervorlage

Jährlich

letzte Gültigkeitsprüfung: 02.10.2024

Hinweis: Änderungen zu vorherigen Versionen können unter Änderung Ansicht (Ans. (Ä)) in der Dokumentenlenkung eingesehen werden.