

**Immunitätsnachweis zukünftiger Bediensteter/PraktikantInnen in den allgemein öffentlichen Krankenhäusern sowie SchülerInnen der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege der Burgenländischen Krankenanstalten Ges.m.b.H.**

**Nachname, Vorname, Titel:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ **Vers. Nr.:** \_\_\_\_\_

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit **muss** zum eigenen Schutz und zum Schutz der betreuten Personen der Nachweis einer Immunität gegen durch Impfungen vermeidbare Krankheiten entweder durch nachgewiesene **Impfungen** oder einem **positiven Antikörper** vorliegen.\*

	Impfdatum		Titer, Datum
<b>Masern, Mumps, Röteln (MMR)</b> <small>(2 dokumentierte Impfungen)</small>	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
<b>Varizellen</b> <small>(2 dokumentierte Impfungen)</small>	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
<b>Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio</b> <small>(letzte Auffr. &lt; 10 Jahre)</small>	letzte Auffr.:		
<b>Hepatitis B</b>	1. Impfung:	und	_____, am _____
	2. Impfung:		
	3. Impfung:		
	letzte Auffr.:		

\* Darüber hinaus werden für Health Care Workers (HCW) folgende Impfungen **dringend empfohlen:**

**Influenza** (generell, saisonal), sowie in definierten Bereichen **Meningokokken, Pneumokokken** (PatientInnenschutz)

Ich, der/die behandelnde Ärztin/Arzt, **bestätige mit meiner Unterschrift**, dass die Voraussetzung für eine **ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, und eine zumindest begonnene Immunisierung gegen Hepatitis B** gegeben ist.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin \_\_\_\_\_