

 KRAGES BURGENLÄNDISCHE KRANKENANSTALTEN GESELLSCHAFT M.B.H.	Formular	Direktion
	Immunitätsnachweis	

Immunitätsnachweis zukünftiger MitarbeiterInnen/PraktikantInnen in den a. ö. KH der Burgenländischen Krankenanstalten Ges.m.b.H.

Nachname, Vorname, Titel: _____

Geburtsdatum: _____ **Vers. Nr.:** _____

Telefonnummer: _____ **E-Mail:** _____

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 einen **positiven Antikörpertiter** vorliegen.

	Impfdatum		Titer, Datum	Immunität gegeben*
Röteln	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
Masern	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
Mumps	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
Varizellen (Schafblattern, Windpocken)	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
Diphtherie- Tetanus- Pertussis- Polio Kombinations- impfstoff	Datum der letzten Impfung:			<input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis B **	1. Impfung:	Und	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
	3. Impfung:			
	letzte Auffrischung:			
Covid-19***	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein

Mit * markiertes Feld ist ein Pflichtfeld!

** Hepatitis Titerkontrolle frühestens 4-8 Wochen nach abgeschlossener Grundimmunisierung.

Autor: Katharina Zeiner	Freigeber: SOMMER Helene;		
Erstellt am: 2021.04.01	Gültig ab: 2021.04.01	Version: 6	Seite 1 von 2

*** Gilt für neue MitarbeiterInnen und PraktikantInnen mit direktem Patientenkontakt - Für einen Dienstantritt ist die 1. Teilimpfung ausreichend. Falls noch keine Impfung vorliegt, ist der Impfwunsch an das jeweilige KF-Mitglied und an die/den jeweiligen ArbeitsmedizinerIn des Hauses zu melden. Sollten Sie bereits eine Bestätigung einer Covid-Infektion innerhalb der letzten sechs Monate haben (Antikörpertest), ist dieser bei Dienstantritt vorzulegen.

Ich, die/der behandelnde Ärztin/Arzt, bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben getätigten Angaben wahrheitsgetreu sind und die Voraussetzung für eine ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen durch zwei dokumentierte Impfungen oder einen ausreichend hohen Titer und eine zumindest begonnene Immunisierung gegen Hepatitis B mit mindestens 2 Impfungen gegeben ist.

Datum, Unterschrift und Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin

Nur vom Krankenhaus auszufüllen:

**Name MitarbeiterIn/
PraktikantIn:** _____

Verantwortlicher Bereich:		
<input type="checkbox"/> Pflegedirektion: _____	<input type="checkbox"/> Kaufmännische Direktion: _____	<input type="checkbox"/> Ärztliche Direktion: _____

ANMERKUNGEN			
Datum	fehlend	MitarbeiterIn informiert Datum Unterschrift	Befund/Information erhalten Datum Unterschrift
Stempel, Unterschrift Betriebsarzt/ärztin			