

Immunitätsnachweis zukünftiger Bediensteter/PraktikantInnen in den allgemein öffentlichen Krankenhäusern 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 Antikörpertiter** vorliegen.

	Impfdatum		Titer, Datum
Röteln	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
Masern	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
Mumps	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
Varizellen (Schafblattern, Windpocken)	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
Hepatitis B	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
	3. Impfung:		
	letzte Auffr.:		

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

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