

**Immunitätsnachweis zukünftiger Bediensteter/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*
<b>Röteln</b>	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
<b>Masern</b>	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
<b>Mumps</b>	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
<b>Varizellen</b> (Schafblättern, Windpocken)	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
<b>Diphtherie- Tetanus- Pertussis-</b>	Datum der letzten Impfung:			<input type="checkbox"/> Ja
<b>Polio</b> Kombinations- impfstoff				<input type="checkbox"/> Nein
<b>Hepatitis B</b>	1. Impfung:	Und**	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			
	3. Impfung:			
	letzte Auffrischung:			

Mit \* markiertes Feld ist ein Pflichtfeld!

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

**Ich, die/der behandelnde Ärztin/Arzt, bestätige mit meiner Unterschrift, dass 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 des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin:**

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			