|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***KRAGES-Logo_CMYK_klein_300dpi*** | **Formular** | **Direktion** |
| **Immunitätsnachweis** |

**Immunitätsnachweis zukünftiger Mitarbeiter, Praktikanten, etc. in den
a. ö. KH der Burgenländischen Krankenanstalten Ges.m.b.H.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nachname, Vorname, Titel:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  | **Vers. Nr.:** |  |
| **Tel. Nr.:** |  |  **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** und/oder einen **positiven Antikörpertiter** vorliegen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Impfdatum** |  | **Titer inkl. Einheit, Datum** | **Immunität****gegeben\*** |
| **Röteln** | 1. Impfung: | oder | \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Ja
 |
| 2. Impfung: | * Nein
 |
| **Masern** | 1. Impfung: | oder | \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Ja
 |
| 2. Impfung: | * Nein
 |
| **Mumps** | 1. Impfung: | oder |  \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Ja
 |
| 2. Impfung: | * Nein
 |
| **Varizellen** (Schafblattern, Windpocken) | 1. Impfung: | oder | \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Ja
* Nein
 |
| 2. Impfung: |
| **Diphterie-****Tetanus-****Pertussis-****Polio**Kombinationsimpfstoff | Datum der letzten Impfung:  | oder | \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Ja
* Nein
 |
| **Hepatitis B \*\*** | 1. Impfung: | **und** | \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 2. Impfung: | * Ja
 |
| 3. Impfung: | * Nein
 |
| letzte Auffrischung: |  |
| **COVID-19\*\*\*** | 1. Impfung:Impfstoff:Ch.-B.: | oder |  \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Ja
* Nein
 |
| 2. Impfung:Impfstoff:Ch.-B.: | oder |  \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Ja
* Nein
 |
|  | 3. Impfung:Impfstoff:Ch.-B.: | oder | \_\_\_\_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Ja
* Nein
 |

\* markiertes Feld ist ein Pflichtfeld!

\*\* Hepatitis Titerkontrolle frühestens 4 Wochen nach abgeschlossener Grundimmunisierung.

\*\*\* Sollten Sie innerhalb der letzten sechs Monate nachweislich eine COVID-Infektion durchgemacht haben, ist das Genesenenzertifikat dem Immunitätsnachweis beizulegen.

**Titer Befunde sind dem Immunitätsnachweis beizulegen.**

Es wird ersucht, bezüglich Ihres Dienstantrittes mit der Verwaltungsdirektion Kontakt aufzunehmen und den ausgefüllten Immunitätsnachweis fristgerecht abzugeben. Dieser Nachweis ist **spätestens 2 Wochen vor Dienstantritt/Praktikumsantritt** vorzulegen. Bitte beachten Sie, dass ohne vollständigen Immunitätsnachweis kein Dienstantritt erfolgen kann. Bei Rückfragen zu den Impfungen wenden Sie sich an **Frau Tamara Zeller, BA MA** von **Mo-Fr 09:00**-**11:00 Uhr** per Telefon: **+43 5 7979 30095** oder per Mail: **Tamara.Zeller@krages.at**

**Ich, der behandelnde 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 zwei Impfungen gegeben ist.**

**Datum, Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes**

|  |
| --- |
| **Nur vom Krankenhaus auszufüllen** |
| 🞎 Mitarbeiter 🞎 KPJ-Student 🞎 Praktikant, Famulant oder Hospitation**Name:**  **Datum Dienstantritt:**  **Bereich/Station:**  **Bereich**: 🞎 ÄD 🞎 PD 🞎 KD**Ansprechperson - Name:**  *(Immunitätsnachweis retour an)* |
| **Nur von der Arbeitsmedizin auszufüllen**  |
| Datum | fehlend | Mitarbeiter/Praktikant informiertDatum und Unterschrift | Befund/Information erhaltenDatum und Unterschrift |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Stempel, Unterschrift Arbeitsmediziner |

Auch, wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nicht alle Geschlechter angeführt sind, richtet sich dieses Dokument an Angehörige der sechs Geschlechter gemäß Erlass des Innenministeriums (männlich, weiblich, divers, inter, offen, keine Angabe).