


<b>Formular</b> <b>Impf- und Immunitätsnachweisformular, Nachweis der physischen und psychischen Eignung</b>	
Personal	

## Informationen zur Impferhebung

Gemäß einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates sind von allen im Krankenhaus tätigen Mitarbeitern<sup>1</sup> aus Gründen des Eigen- und Fremdschutzes bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise **vor Beginn des Dienstverhältnisses** vorzuweisen.

Der **Nachweis durch Ihren Hausarzt ist spätestens vor Arbeitsbeginn** in Kopie vorzulegen. Haben Sie bitte auch im Sinne unserer Patienten Verständnis, dass ohne erbrachten Nachweis eine **Tätigkeit in unserem Krankenhaus nicht möglich ist**.

Kosten, die Ihnen im Zusammenhang mit diesem Formular entstehen, werden nicht vom Krankenhaus übernommen.

Der **MMR- und Varicellen-**Impf- oder Immunitätsnachweis ist von **ALLEN** Mitarbeitern und Praktikanten vorzulegen.

Der Nachweis des MMR- und Varicellen-Schutzes gilt als erbracht bei:

- a) nachgewiesener **zweimaliger** Impfung (gestempelter Impfpass) **oder**
- b) **positivem Antikörper Titer** (Laborbefund im Referenzbereich)

Durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

**Hepatitis B-Impfschutz** ist von Mitarbeitern mit **Patientenkontakt** bzw. Kontakt zu **Blut/Blutprodukten** und **Körperflüssigkeiten** sowie vom **Küchenpersonal** (zusätzlich **Hepatitis A Schutz**) nachzuweisen.

Erforderlich ist der Nachweis einer Grundimmunisierung (3 Impfungen) und Titer-Bestimmung (**Titer nicht älter als 10 Jahre, Wert >100 IE/l**).

Hiermit wird bestätigt, dass bei Frau/Herrn \_\_\_\_\_ zum Zeitpunkt der Untersuchung am \_\_\_\_\_ der für die Tätigkeit in der Ordensklinikum Linz GmbH


- erforderliche Infektionsschutz
- und aus ärztlicher Sicht die physische und psychische Eignung für die Ausübung der Tätigkeit gegeben sind.
- 

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel (Haus-)arzt:

<sup>1</sup> Dies gilt auch für kurzzeitig Beschäftigte wie Praktikanten und Famulanten sowie Gastärzte; gilt jedenfalls für alle Personen auf der Kinderabteilung und Akutgeriatrie (unabhängig wie lange auf dieser Abteilung tätig/auf Besuch).

Ausgenommen sind Besucher und Hospitanten (weniger als fünf Tage).

<b>Formular</b> <b>Impf- und Immunitätsnachweisformular, Nachweis der physischen und psychischen Eignung</b>	
Personal	

### Impferhebung für die Einstellung im Ordensklinikum

Name	
SV Nr.	
Tätigkeit/Abteilung	
Vorgesetzter	

#### Impfstatus/-anamnese laut Impfdokumenten:

**Hepatitis B:** Datum der Impfungen:

1. Teilimpfung am: \_\_\_\_\_  Hexavac     Infanrix hexa     Engerix     Twinrix     \_\_\_\_\_

2. Teilimpfung am: \_\_\_\_\_  Hexavac     Infanrix hexa     Engerix     Twinrix     \_\_\_\_\_

3. Teilimpfung am: \_\_\_\_\_  Hexavac     Infanrix hexa     Engerix     Twinrix     \_\_\_\_\_

Aufr. am: \_\_\_\_\_   Engerix     Twinrix                      Aufr. am: \_\_\_\_\_   Engerix     Twinrix

Hept B Titer :                      Datum: \_\_\_\_\_ **Titer:** \_\_\_\_\_ **mIU/ml**

Hept A Impfung                      Datum: \_\_\_\_\_                      Datum: \_\_\_\_\_

<b>MMR Impfung:</b>	1. Teilimpfung _____	2. Teilimpfung _____
Falls <b>nur eine</b> Impfung oder <b>nicht bekannt</b> Bestimmung von Röteln- u. Masern-Titer.:		
<b>Röteln IgG- Titer</b>	IgG pos <input type="checkbox"/> IgG neg <input type="checkbox"/>	Datum: _____
<b>Masern IgG -Titer</b>	IgG pos <input type="checkbox"/> IgG neg <input type="checkbox"/>	Datum: _____
<b>Mumps IgG -Titer</b>	IgG pos <input type="checkbox"/> IgG neg <input type="checkbox"/>	Datum: _____

<b>Varizellen IgG-AK</b>	IgG pos <input type="checkbox"/> IgG neg <input type="checkbox"/>	Datum: _____
<b>Varizellen Impfung</b>	1. Teilimpfung: _____	2. Teilimpfung: _____

<b>Covid:</b> _____	1. Teilimpfung: _____	2. Teilimpfung: _____
---------------------	-----------------------	-----------------------

<b>letzte Diphtherie/Tetanus Polio/Pertussis</b>	<input type="checkbox"/> dT Redukt	Datum: _____	<input type="checkbox"/> Polio Salk	Datum: _____
	<input type="checkbox"/> Revaxis	Datum: _____	<input type="checkbox"/> Boostrix	Datum: _____
	<input type="checkbox"/> Repevax/ Boostrix Polio	Datum: _____	<input type="checkbox"/> _____	Datum: _____

<b>Andere Impfungen</b>	<input type="checkbox"/> FSME	Datum: _____	<input type="checkbox"/> Prevenar	Datum: _____
	<input type="checkbox"/> Gardasil	Datum: _____	<input type="checkbox"/> _____	Datum: _____
	<input type="checkbox"/> Bexero	Datum: _____	<input type="checkbox"/> _____	Datum: _____
	<input type="checkbox"/> Nimenrix	Datum: _____	<input type="checkbox"/> _____	Datum: _____

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen.**

Datum: \_\_\_\_\_                      Unterschrift Mitarbeiter: \_\_\_\_\_