

Formular
Impf- und Immunitätsnachweisformular
Nachweis der physischen und psychischen Eignung



Gemäß einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates sind von allen im Krankenhaus tätigen Mitarbeitern¹ aus Gründen des Eigen- und Fremdschutzes bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise **vor Beginn des Dienstverhältnisses** vorzuweisen.

Der **Nachweis durch Ihren Hausarzt** ist **spätestens bei 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.

Nachname, Vorname, Titel:

Versicherungsnummer:

Funktion:

Ordensklinikum Linz GmbH

Wird vom Arbeitgeber ausgefüllt:

Probemonat bis:

Befristung bis:

Vorgesetzter:

Vom (Haus-)arzt auszufüllen (gesamter farblich markierter Bereich):

Masern-Mumps-Röteln (MMR) und Varicellen

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!

Impfung	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr) ODER		Titer IgG
MMR	1. Teilimpfung am _____	2. Teilimpfung am _____	Wert: Datum:
Varicellen	1. Teilimpfung am _____	2. Teilimpfung am _____	Wert: Datum:

¹ 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).

Hepatitis B

Hepatitis B-Impfschutz ist von Mitarbeitern mit Patientenkontakt bzw. Kontakt zu Blut/Blutprodukten und Körperflüssigkeiten sowie vom Küchenpersonal nachzuweisen.

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

Impfung	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr) UND Titer (Hbs-AK bei HepB)	Wert:	Notiz Arbeits- medizin
Hepatitis B	1. Teilimpfung am _____	Datum:	
	2. Teilimpfung am _____		
	3. Teilimpfung am _____		
	Letzte Auffrischung am _____		

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

1.) erforderliche Infektionsschutz (**wie oben beschrieben**)

2.) und aus ärztlicher Sicht die physische und psychische Eignung für die Ausübung der Tätigkeit gegeben sind.

Datum:

Unterschrift und Stempel Arzt:

Vom Mitarbeiter/Praktikant auszufüllen:

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

Datum:

Unterschrift Mitarbeiter:

Zusätzlich empfehlen wir allen Mitarbeitern einen aufrechten Impfschutz bezüglich:

- Hepatitis A
- Influenza
- Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio
- Meningokokken (ausschließlich für die Bereiche Kinderabteilung, ICU und Labor)
- Pneumokokken (ausschließlich für die Bereiche Kinderabteilung, ICU, Labor und AGR)

Weitere Informationen entnehmen Sie dem österreichischen Impfplan des Bundesministeriums für Gesundheit. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.