

## Impf- und Immunitätsnachweisformular, Nachweis der physischen und psychischen Eignung

Formular

<b>Familienname(n):</b>	<b>Vorname(n):</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Österreichische Sozialversicherungsnummer:</b>
<b>Arbeitsbeginn:</b>	<b>Abteilung:</b>
<b>Tätigkeit:</b>	<b>Direkte Führungskraft:</b>

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 vorzuweisen. Ihre Immunität muss entweder durch Impfung (Immunisierung) oder durch eine positive Titer Bestimmung nachgewiesen werden. Der **Nachweis durch Ihren Hausarzt oder vorheriger Arbeitgeber ist 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.

### VERPFLICHTENDE IMPFNACHWEISE

#### Masern/Mumps/Röteln (MMR) – ALLE MITARBEITER UND PRAKTIKANTEN

MMR Impfung	Zweimalige Impfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der ersten Impfung: _____	Datum der zweiten Impfung: _____
-------------	---	------------------------------------	-------------------------------------

Falls **nicht** zweimalig geimpft, müssen **positive** Antikörpertiter bestimmt werden:

Masern	Titer: _____	Datum der Titer Bestimmung: _____	<b>Bei negativem Titer -&gt;</b>  Auffrischungsimpfung notwendig  Datum: _____
Mumps	Titer: _____	Datum der Titer Bestimmung: _____	
Röteln	Titer: _____	Datum der Titer Bestimmung: _____	

#### Varizellen(VZV) (positiver AK Titer oder 2x geimpft) - ALLE MITARBEITER UND PRAKTIKANTEN

AK- Titer Varicellen	Titer: _____	Datum der Titer Bestimmung: _____	<b>Bei negativem Titer -&gt;</b>  Impfung notwendig
Impfung: Varicellen	Zweimalige Impfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der ersten Impfung: _____	Datum der zweiten Impfung: _____

#### Hepatitis A/B– MITARBEITER MIT PATIENTENKONTAKT (bzw. Kontakt zu Blut-/produkten und Körperflüssigkeiten) - sowie Küchenpersonal, zusätzlich Hepatitis A Schutz

Impfstoff:  <input type="checkbox"/> nur Hepatitis B <input type="checkbox"/> Twinrix (HepA/B) <input type="checkbox"/> Hexavac /Infanrix Hexa <input type="checkbox"/> _____	Grundimmunisierungsdaten: 1.TI _____ 2.TI _____ 3.TI _____	Auffrischungsimpfungen: Impfstoff: _____ Datum: _____ Impfstoff: _____ Datum: _____ Impfstoff: _____ Datum: _____
Hepatitis B Titer:	Datum: _____	Quantitativ /Titerhöhe: _____
Hepatitis A.	Datum 1.TI: _____	Datum 2.TI _____

<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 davon, wie lange auf dieser Abteilung tätig/auf Besuch). Ausgenommen sind Besucher und Hospitanten (weniger als fünf Tage).

## VERPFLICHTENDE ANGABE VON FREIWILLIGEN IMPFUNGEN

### COVID-19 Impfung

Erhalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In Österreich geimpft: Entnahme aus E-Impfpass durch die Arbeitsmedizin	Im Ausland geimpft: Bitte Impfbestätigungen beilegen oder mitnehmen
---	--	--

Pertussis** (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfstoff: _____
Poliomyelitis** (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfstoff: _____
Diphtherie**	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfstoff: _____
Tetanus**	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfstoff: _____

Pneumokokken:	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____
Meningokokken:	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____
HPV/ Gardasil	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____

\*\*Freiwillige Impfungen sollten gemäß Ihren nationalen Impfeempfehlungen aktualisiert werden.

### (Haus-)ärztliche Bestätigung:

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/Ärztin: \_\_\_\_\_

### Vom Mitarbeiter/Praktikant auszufüllen:

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift MitarbeiterIn: \_\_\_\_\_

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.