

Formular

Impf- und Immunitätsnachweisformular, Nachweis der physischen und psychischen Eignung

| | |
|-------------------------|---|
| Familienname(n): | Vorname(n): |
| Geburtsdatum: | Österreichische Sozialversicherungsnummer: |
| Arbeitsbeginn: | Abteilung: |
| Tätigkeit: | Direkte Führungskraft: |

Gemäß einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates sind von allen im Krankenhaus tätigen Mitarbeitern¹ 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: _____ | Bei negativem Titer -> 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: _____ | Bei negativem Titer -> 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 _____ |

¹ 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 Impfempfehlungen aktualisiert werden.

(Haus-)ärztliche Bestätigung:

| |
|--|
| <p>Hiermit wird bestätigt, dass bei Frau/Herrn _____ zum Zeitpunkt der Untersuchung am _____ der für die Tätigkeit in der Ordensklinikum Linz GmbH</p> <p>1.) erforderliche Infektionsschutz (wie oben beschrieben)</p> <p>2.) und aus ärztlicher Sicht die physische und psychische Eignung für die Ausübung der Tätigkeit gegeben sind.</p> <p>Datum: _____ Unterschrift und Stempel Arzt/Ärztin: _____</p> |
|--|

Vom Mitarbeiter/Praktikant auszufüllen:

| |
|--|
| <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen.</p> <p>Datum: _____ Unterschrift MitarbeiterIn: _____</p> |
|--|

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.