

Formular

Impf- und Immunitätsnachweisformular sowie 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 Impf- oder Immunitätsnachweise vorzuweisen. Ihre Immunität muss entweder **durch Impfung** oder durch positive Titer 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**. 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).

Hiermit willige ich auch ein, dass das Team der Arbeitsmedizin meine Impfungen vom E Impfpass übertragen darf.

VERPFLICHTENDE IMPFNACHWEISE für ALLE

2 x Masern/Mumps/Röteln (MMR)

ODER positive Antikörpertiter

MMR Impfung	Datum der 1. Teilimpfung _____
	Datum der 2. Teilimpfung _____

Masern Titer : _____	Datum: _____
Mumps Titer: _____	Datum: _____
Röteln Titer: _____	Datum : _____

2 x Windpocken Varizellen (VZV)

ODER positive Antikörpertiter

VZV Impfung	Datum der 1. Teilimpfung _____
	Datum der 2. Teilimpfung _____

Varicellen Titer : _____	Datum: _____
--------------------------	--------------

Erkrankung durchgemacht - reicht NICHT aus

Hepatitis B – ALLE MITARBEITERINNEN MIT PATIENTENKONTAKT (bzw. Kontakt zu Blut/-produkten und Körperflüssigkeiten)

Hepatitis B Impfung	Datum der 1. Teilimpfung _____
	Datum der 2. Teilimpfung _____
	Datum der 3. Teilimpfung _____

und

Hepatitis B Titer: _____	Datum: _____
-----------------------------	--------------

Weitere Hepatitis B Impfungen	Datum: _____
	Datum: _____
	Datum: _____

Hepatitis A – für ALLE MitarbeiterInnen in der Küche oder Arbeit mit Lebensmitteln

Hepatitis A Impfung	Datum der 1. Teilimpfung _____
	Datum der 2. Teilimpfung _____

oder

Hepatitis A Titer: _____	Datum: _____
--------------------------	--------------

Angaben weitere IMPFUNGEN

Pertussis** (Keuchhusten)	Datum der letzten Impfung: _____	Impfstoff: _____
Poliomyelitis**(Kinderlähmung)	Datum der letzten Impfung: _____	Impfstoff: _____
Diphtherie**	Datum der letzten Impfung: _____	Impfstoff: _____
Tetanus**	Datum der letzten Impfung: _____	Impfstoff: _____
Pneumokokken	Datum der letzten Impfung: _____	Impfstoff: _____
Meningokokken	Datum der letzten Impfung: _____	Impfstoff: _____
HPV	Datum der Impfungen: _____	Impfstoff: _____
Andere _____	Datum der letzten Impfung: _____	Impfstoff: _____

**Freiwillige Impfungen sollten gemäß Ihren nationalen Impfempfehlungen aktualisiert werden.

(Haus-)ärztliche Bestätigung:

Ich bestätige, dass zum aktuellen Zeitpunkt ein ausreichender Schutz gegenüber

Masern/Mumps/Röteln Varizellen Hepatitis B Hepatitis A

Und eine physische und psychische Eignung für die Ausübung der Tätigkeit gegeben ist.

Datum: _____ Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin: _____

Vom Mitarbeiter/Praktikant auszufüllen:

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

Datum: _____ Unterschrift MitarbeiterIn: _____

Den ausgefüllten Impf- und Immunitätsnachweis so rasch als möglich vor Arbeitsantritt direkt an die zuständige Arbeitsmedizin per Email übermitteln.

Standort Barmherzige Schwestern (BHS): arbeitsmedizin.bhs@ordensklinikum.at

Standort Elisabethinen (ELI): arbeitsmedizin.eli@ordensklinikum.at

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.

Kosten für Arzthonorare im Zusammenhang mit Impfnachweis, verpflichtenden Titerbestimmungen und verpflichtenden Impfungen werden für künftige Mitarbeiter nach Vorlage der Honorarnote und des Einzahlungsbeleges im Personalreferat rückerstattet