



BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS ST. VEIT/GLAN

INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS

vor Beginn der Tätigkeit im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan
für den Mitarbeiter / Zivildienstleistenden / Famulanten / KPJ:

Vorname, Nachname, Titel:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Sozialversicherungsnummer (Österreich):
E-Mail-Adresse:	Wohnadresse:

Bei einer Tätigkeit im Krankenhaus besteht die Gefahr der Übertragung von infektiösen Erkrankungen wie unter anderem **Masern, Mumps, Röteln** sowie **Varizellen** und **Hepatitis B**. Um einerseits eine Übertragung dieser Erkrankungen auf Patienten und deren Angehörige zu vermeiden und andererseits auch für den Mitarbeiter selbst einen entsprechenden Schutz zu bieten, ist bei jedem im Krankenhaus Tätigen eine Immunität gegen diese Erkrankungen festzustellen.

Als sicherer Schutz vor diesen Erkrankungen gilt bei Masern, Mumps, Röteln und Varizellen eine dokumentierte zweimalige Impfung **oder** ein positiver Antikörpertiter. Bei Hepatitis B ein positiver Antikörpertiter, sowie Daten aller vorausgegangenen Hepatitis B Impfungen. Bitte beachten Sie dass Sie **ggf. mit der Impfung 6 Wochen vor Beginn** Ihrer Tätigkeit im Haus beginnen müssen, damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird.

Bitte lassen Sie Ihren persönlichen Infektionsschutznachweis anhand der folgenden Tabelle vom Arzt Ihres Vertrauens (z. B. Hausarzt) bestätigen und geben Sie diese Bestätigung Ihrer Ansprechperson im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan vor Beginn Ihrer Tätigkeit ab. Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

Zur besseren Lesbarkeit wurde eine Geschlechtsform gewählt.

	Datum der Impfung		Letzter Antikörpertiter
Masern (Morbilli)	1. Impfung am:	oder	Titer/Befund: <input type="checkbox"/> geschützt
	2. Impfung am:		Datum: <input type="checkbox"/> ungeschützt
Mumps (Parotitis epidemica)	1. Impfung am:	oder	Titer/Befund: <input type="checkbox"/> geschützt
	2. Impfung am:		Datum: <input type="checkbox"/> ungeschützt
Röteln (Rubella)	1. Impfung am:	oder	Titer/Befund: <input type="checkbox"/> geschützt
	2. Impfung am:		Datum: <input type="checkbox"/> ungeschützt
Windpocken (Varizellen)	1. Impfung am:	oder	Titer/Befund: <input type="checkbox"/> geschützt
	2. Impfung am:		Datum: <input type="checkbox"/> ungeschützt
Hepatitis B	1. Impfung am:	und	Titer/Befund: Höhe:! Datum:
	2. Impfung am:		
	3. Impfung am:		
	Auffrischung am:		

Hiermit wird bestätigt, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung der erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

Datum: _____

Unterschrift und Stempel Ihres (Haus-)Arztes: _____