



... vor Beginn der Tätigkeit im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien:

| | |
|---------------------------|------------------------|
| Vorname, Nachname, Titel: | SV-Nr. / Geburtsdatum: |
| Telefonnummer: | E-Mail: |

Bei einer Tätigkeit im Krankenhaus besteht die Gefahr der Übertragung von infektiösen Erkrankungen wie unter anderem Masern, Mumps, Röteln sowie Varizellen und Hepatitis. 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 Mitarbeiter/Praktikanten/Ferialhelfer eine Immunität gegen diese Erkrankungen festzustellen.

Bitte lassen Sie Ihren persönlichen Impf- und Immunitätsnachweis anhand der folgenden Tabelle von Ihrem Hausarzt bestätigen und geben Sie diese Bestätigung in der Personalabteilung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien vor Beginn Ihrer Tätigkeit ab. Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

Wichtig: Nur vollständig ausgefüllte Atteste können für die Anstellung im KH BB Wien berücksichtigt werden!

| | Datum der Impfung | | Letzter Antikörpertiter (Höhe) |
|-------------------|--|------|---------------------------------------|
| Masern | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Mumps | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Röteln | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Diphtherie | Grundimmunisierung ja / nein Wenn nein: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Letzte Auffrischung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Tetanus | Grundimmunisierung ja / nein Wenn nein: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Letzte Auffrischung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Pertussis | Grundimmunisierung ja / nein Wenn nein: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Auffrischung (nicht älter als 5 Jahre!): | oder | Titer/Befund: Datum: |
| Polio | Grundimmunisierung ja / nein Wenn nein: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Letzte Auffrischung am: | oder | Titer/Befund: Datum: |



IMPF- und IMMUNITÄTSNACHWEIS

| | Datum der Impfung | | Letzter Antikörpertiter (Höhe) |
|--|---|------|--|
| Varizellen (Windpocken) | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | oder | Titer/Befund: Höhe: Datum: |
| Hepatitis A | 1. Impfung am: 2. Impfung am: Letzte Auffrischung am: | oder | Titer/Befund: Höhe: Datum: |
| Hepatitis B | 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Letzte Auffrischung am: | oder | Titer/Befund: Höhe: Datum: |
| Meningokokken B ¹ | 1. Impfung am: 2. Impfung am: | | |
| Meningokokken A, C, W, Y ¹ | 1. Impfung am: Letzte Auffrischung am: | | |
| Pneumokokken / ab Alter 60 ² | Prevenar 13 / PNC15 / PNC20 Impfung am: Pneumovax 23 Impfung am: | | |
| Covid 19 ³ (empfohlen) | 1. Impfung am: Impfstoff: 2. Impfung am: Impfstoff: 3. Impfung am: Impfstoff: Letzte Auffrischung am: Impfstoff: | | |

¹ Ausschließlich für ärztliches, pflegerisches, therapeutisches Personal (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Radiologietechnologie, Röntgenassistent, klin. Psychologie) und Praktikanten (inkl. KPJ-Studenten) dieser Berufsgruppen, die ständig in den **Hochrisikobereichen** Anästhesie- und Intensivmedizin (ICU), Herzstation/IMCU, Schlaganfallstation oder Labor tätig sind.

² Impfung für alle MitarbeiterInnen, die älter als 60 Jahre sind.

³ Impfung für alle MitarbeiterInnen empfohlen, jedoch nicht verpflichtend.

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

Unterschrift und
Datum: **Stempel Ihres (Haus-)Arztes:**