



INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS

vor Beginn der Tätigkeit im Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz für den Mitarbeiter/Praktikanten/Ferialhelfer:

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 die Übertragung dieser Erkrankungen auf Patienten und deren Angehörige zu vermeiden und auch Mitarbeitende selbst zu schützen, ist bei jedem im Krankenhaus tätigen Mitarbeiter/Praktikanten/Ferialhelfer 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 eine dokumentierte dreimalige Impfung **oder** ein positiver Antikörpertiter; bitte beachten Sie, dass Sie ggf. mit der Impfung 6 Wochen vor Eintritt beginnen müssen, damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird. **Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!**

Betreffend COVID 19 teilen Sie uns bitte Ihren Status (geimpft bzw. durchgemacht [SARS-CoV-2 Antikörper]) mit.

Bitte lassen Sie Ihren Infektionsschutznachweis anhand nachfolgender Tabelle ärztlich (z. B. Hausarzt) bestätigen und übermitteln diesen vorzugsweise per E-Mail (Foto, Scan des Formulars) an: sek.arbeitsmedizin@bblinz.at

Führen Sie bitte im Betreff des E-Mails **Vorname Nachname / Eintrittsdatum / Abteilung** an und setzen Sie bitte Ihre direkte **Führungskraft** in Kopie („CC“).

	Datum der Impfung	oder	Letzter Antikörpertiter
Masern (Morbilli)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Mumps (Parotitis epidemica)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Röteln (Rubella)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Windpocken (Varizellen)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Hepatitis B	1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Auffrischung am:	oder	Titer/Befund: Höhe: Datum:
SARS-CoV-2 (COVID-19)	1. Impfung am: 2. Impfung am: Auffrischung am: Erkrankt am:	oder	Titer/Befund: Datum:

Hiermit bestätige ich, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung der erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

Datum: _____ Unterschrift und Stempel des (Haus-)Arztes: _____