

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

Bei einer Tätigkeit im Krankenhaus besteht die Gefahr der Übertragung von infektiösen Erkrankungen. Um einerseits eine Übertragung dieser auf Patienten und deren Angehörige zu vermeiden und andererseits auch für den Mitarbeiter selbst und deren Angehörigen einen entsprechenden Schutz zu bieten, ist bei jedem im Krankenhaus Tätigen eine Immunität gegen diese Erkrankungen festzustellen. Als sicherer Schutz vor diesen Erkrankungen gilt eine dokumentierte zweimalige Impfung **oder** ein positiver Antikörpertiter. 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, Gesundheitsamt) bestätigen und geben Sie diese Bestätigung im zuständigen Sekretariat im Krankenhaus der Elisabethinen vor Beginn Ihrer Tätigkeit ab. Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

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

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Arbeitsmediziner/Vertretung: \_\_\_\_\_