



... 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 berücksichtigt werden!**

	Datum der <b>Impfung</b>		Letzter <b>Antikörpertiter (Höhe)</b>
<b>Masern</b>	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
<b>Mumps</b>	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
<b>Röteln</b>	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
<b>Diphtherie</b>	Grundimmunisierung ja / nein Wenn nein: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
<b>Tetanus</b>	Grundimmunisierung ja / nein Wenn nein: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
<b>Pertussis</b>	Grundimmunisierung ja / nein Wenn nein: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
<b>Polio</b>	Grundimmunisierung ja / nein Wenn nein: 1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:



## IMPF- und IMMUNITÄTSNACHWEIS

	Datum der <b>Impfung</b>		Letzter <b>Antikörpertiter (Höhe)</b>
<b>Varizellen</b> (Windpocken)	1. Impfung am:  2. Impfung am:	oder	Titer/Befund:  Höhe:  Datum:
<b>Hepatitis A</b>	1. Impfung am:  2. Impfung am:  Letzte Auffrischung am:	oder	Titer/Befund:  Höhe:  Datum:
<b>Hepatitis B</b>	1. Impfung am:  2. Impfung am:  3. Impfung am:  Letzte Auffrischung am:	oder	Titer/Befund:  Höhe:  Datum:
<b>Meningokokken B <sup>1</sup></b>	1. Impfung am:  2. Impfung am:		
<b>Meningokokken A, C , W, Y <sup>1</sup></b>	1. Impfung am:  Letzte Auffrischung am:		
<b>Pneumokokken / ab Alter 60 <sup>2</sup></b>	Prevenar 13 Impfung am:  Pneumovax 23 Impfung am:		
<b>Covid 19</b>	1. Impfung am: Impfstoff:  2. Impfung am: Impfstoff:  3. Impfung am: Impfstoff:  Letzte Auffrischung am:  Impfstoff:	oder	Titer/Befund:  Höhe:  Datum:   (derzeit nicht zulässig)

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

<sup>2</sup> Impfung für alle MitarbeiterInnen, die älter als 60 Jahre sind.

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

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