

Infektionsschutz-Anforderung

Sehr geehrte/r Frau/Herr

Name und Geburtsdatum:

Bei Antritt Ihrer Arbeit muss für Tätigkeiten im patientennahen Bereich eine Immunität gegen Röteln, Masern, Mumps, Varizellen vorliegen- **nachgewiesen**
Durch einen **ausreichenden Impfschutz** (dokumentierte zweimalige Impfung)
ODER durch eine **positive Antikörperbestimmung (Titer)**.

Erforderlicher Infektionsschutznachweis:

| | Infektionsschutz ausreichend | | |
|--|--|---------------------------------|------------------------------|
| | 2 dokumentierte Impfungen | oder Antikörper-Titer | positiver IgG-Titer Datum |
| | Impfdatum | Antikörper-Titer | Datum |
| Masern | 1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ | | |
| Mumps | 1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ | | |
| Röteln | 1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ | | |
| Varizellen | 1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ | | |
| Pertussis (Diphtherie, Tetanus, Polio) | Impfstoffname: Datum der letzten Impfung: | | |
| Dringend empfohlener Impfschutz: | Impfdatum | Hep. B-Titer | Datum |
| O Hepatitis B (Engerix) O Hepatitis A und B (Twinrix) O Hepatitis A | 1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ 3. Teilimpfung am _____ Auffrischung am _____ | | |
| Falls noch keine oder eine unvollständige Grundimmunisierung durchgeführt wurde, werden im Büro von Frau Dr. Maria Margreiter kostenlose Impfungen mit Twinrix und Hepatitis B-Titerbestimmungen durchgeführt. Bitte daher nur die Daten eintragen. | | | |

Die MMR-Impfung ist kostenlos in jedem Gesundheitsamt bzw. bei der/beim Hausärztin/-arzt erhältlich. Fehlende Masern/Mumpfs/Röteln-Impfungen können im Bedarfsfall kostenlos bei der Einstellungsuntersuchung nachgeholt werden.

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit des erforderlichen Infektionsschutzes bestätigt.

Datum: _____ Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

Beilagen:

- Kopie Impfpasses (**bitte gut leserlich kopieren**)
- Befund Antikörperbestimmung (falls Impfnachweis nicht vorhanden)