

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 entweder durch einen **ausreichenden Impfschutz** durch eine dokumentierte zweimalige Impfung **ODER** durch eine **positive Antikörperbestimmung (Titer)** als Nachweis vorliegen.

Als Einstellungsvoraussetzung muss auch ein Nachweis für die Durchführung einer Covid-19-Impfung erbracht werden.

ERFORDERLICHER INFektionSSCHUTZNACHWEIS:			
COVID-19-Impfungen am:			
	Infektionsschutz ausreichend 2 dokumentierte Impfungen oder positiver IgG-Titer		
	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 Infektionsschutz:	Impfdatum	Hep. B-Titer	Datum
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Engerix) <input type="checkbox"/> Hepatitis A und B (TWINRIX) <input type="checkbox"/> Hepatitis A	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ 3. Teilimpfung am _____ Auffrischungen am _____		
<i>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.</i>			

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

Falls Sie noch keine Möglichkeit für eine Covid-19 Impfung hatten, erklären Sie sich bereit, diese ehestmöglich nachzuholen.

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit des erforderlichen Infektionsschutzes bestätigt:

Datum: _____ Unterschrift des Arztes/der Ärztin: _____

Beilagen:

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