

	<b>Formular</b>	<b>Direktion</b>
	<b>Immunitätsnachweis</b>	

## Immunitätsnachweis zukünftiger Mitarbeiter, Praktikanten, etc. in den Kliniken der Gesundheit Burgenland

**Nachname, Vorname, Titel:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Vers. Nr.:** \_\_\_\_\_

**Tel. Nr.:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit **muss** zum eigenen Schutz und zum Schutz der betreuten Personen der Nachweis einer Immunität gegen durch Impfungen vermeidbare Krankheiten entweder durch nachgewiesene **Impfungen** und/oder einen **positiven Antikörpertiter** vorliegen.

	Impfdatum		Titer <u>inkl. Einheit</u> , Datum	Immunität gegeben*
<b>Röteln</b>	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
<b>Masern</b>	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
<b>Mumps</b>	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
<b>Varizellen</b> <small>(Schafblattern, Windpocken)</small>	1. Impfung:	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:			<input type="checkbox"/> Nein
<b>Diphtherie- Tetanus- Pertussis- Polio (4-Fach)</b>	Datum der letzten Impfung (mind. < 10 Jahre):	oder	_____, am _____	<input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein
<b>Hepatitis B **</b>	Grundimmunisierung:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	1.:	2.:	3.:	
	letzte Auffrischung:			
	<b>Titer <u>inkl. Einheit</u>, Datum:</b>			

\* markiertes Feld ist ein Pflichtfeld!

\*\* Daten zur Grundimmunisierung sind auch bei aktuellem Titer anzugeben!

Dieser Nachweis ist **spätestens 2 Wochen vor Dienstantritt/Praktikumsantritt dem Personalbüro oder dem Praktikumsverantwortlichen** vorzulegen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich an die **Assistenz der Arbeitsmedizin per Telefon: +43 5 7979 30095** von Mo-Fr 09:00 bis 11:00 Uhr **oder per Mail: [arbeitsmedizin@gesundheits-burgenland.at](mailto:arbeitsmedizin@gesundheits-burgenland.at)**.

<b>Autor:</b> ZEINER Katharina	<b>Freigeber:</b> GRASCHITZ Roland;		
<b>Erstellt am:</b> 2023.09.08	<b>Gültig ab:</b> 2023.09.11	<b>Version:</b> 15	Seite <b>1</b> von <b>3</b>

## Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Ich, der behandelnde Arzt, bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben getätigten Angaben wahrheitsgetreu sind und die Voraussetzung für eine ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen durch zwei dokumentierte Impfungen oder einen ausreichend hohen Titer und eine zumindest begonnene Immunisierung gegen Hepatitis B mit mindestens zwei Impfungen gegeben ist.

**Datum, Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes**

## Vom zukünftigen Mitarbeiter auszufüllen

Zum Zweck der laufenden Vervollständigung meiner Impfdaten laut Immunitätsnachweis bzw. im Zuge einer Erhebung und Dokumentation des Immunstatus während meines Dienstverhältnisses stimme ich, \_\_\_\_\_ der Abfrage (Verarbeitung) aus dem Impfpass (digitaler eImpfpass über ELGA oder Papierform) durch die Arbeitsmedizin ausdrücklich zu.

Sie sind verpflichtet, für die eigene Sicherheit und Gesundheit sowie für die Sicherheit und Gesundheit von Personen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind, die Verantwortung zu übernehmen und während des aufrechten Dienstverhältnisses die Immunität gegen durch Impfung vermeidbare Krankheiten aufzufrischen und dem Dienstgeber nachzuweisen.

**Datum, Unterschrift zukünftiger Mitarbeiter**

## Von der Klinik auszufüllen

Mitarbeiter

KPJ-Student

Praktikant, Famulant oder Hospitation

**Name:** \_\_\_\_\_ **Datum Dienstantritt:** \_\_\_\_\_

**Bereich/Station:** \_\_\_\_\_ **Bereich:**  ÄD  PD  KD

**Ansprechperson - Name:** \_\_\_\_\_

*(Immunitätsnachweis retour an)*

## Von der Arbeitsmedizin auszufüllen

Datum	fehlend	Mitarbeiter/Praktikant informiert Datum und Unterschrift	Befund/Information erhalten Datum und Unterschrift
Bei der oben genannten Person besteht zum Zeitpunkt des Dienstantrittes eine Immunität gegen die am Immunitätsnachweis angeführten Erkrankungen			
Datum, Stempel, Unterschrift Arbeitsmediziner			

*Auch, wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nicht alle Geschlechter angeführt sind, richtet sich dieses Dokument an Angehörige der sechs Geschlechter gemäß Erlass des Innenministeriums (männlich, weiblich, divers, inter, offen, keine Angabe).*