

Impf- oder Immunitätsnachweis für Kurzezeitbeschäftigte im NÖ Landesdienst - NÖ Landes- und Universitätskliniken

Zum Schutz der MitarbeiterInnen ebenso wie der betreuten PatientInnen vor der Ansteckung mit Infektionskrankheiten, werden vor Dienstantritt in einem NÖ Landes- oder Universitätsklinikum gemäß Empfehlung des Obersten Sanitätsrates und des Bundesministeriums für Gesundheit bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise verlangt. Dies gilt auch für Kurzezeitbeschäftigte (wie PraktikantInnen, VolontärInnen, BerufsinteressentInnen, FerialarbeitnehmerInnen gemäß der Richtlinie Aus-, Fort- und Weiterbildung, inkl. Praktika KPJ-Studierende, Zivildienst Leistende, FamulantInnen, etc.).

Durch Unterfertigung des vorliegenden Formulars bestätigt Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin, dass ihm/ihr Informationen über die Durchführung der erforderlichen Impfungen bzw. positive Antikörper-Nachweise für unten definierte Erkrankungen vorgelegt wurden. Das Formular ist vor Dienstantritt bei der Personalstelle abzugeben.

Der Immunitätsnachweis kann entweder durch Bestätigung der Impfungen (Grundimmunisierung/Auffrischungen) oder - abgesehen von COVID-19 - durch einen positiven Antikörpertiter (nicht älter als 1 Jahr, Ausnahme Hepatitis B: nicht älter als 10 Jahre + Wert >100IE/ml) erfolgen. Die Kosten für die definierten Impfungen und/oder Titerbestimmungen sind selbst zu tragen.

Impfnachweise oder positive Antikörpernachweise für folgende Erkrankungen sind vorzulegen: **Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Hepatitis A, Hepatitis B, COVID-19 (zumindest eine Teilimpfung, ein SARS-CoV-2-Antikörpernachweis ersetzt die Impfung nicht!)**

Angaben zur untersuchten Person	
Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Landes-/Universitätsklinikum	

Von der untersuchenden Ärztin/vom untersuchenden Arzt auszufüllen:

Hiermit wird bestätigt, dass Nachweise zu oben angeführten Impfungen bzw. positive Antikörpernachweise vorgelegt wurden.

Name untersuchende(r) Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben:

.....
Datum

.....
Stempel u. Unterschrift untersuchende/r Arzt/Ärztin