

IMPF- UND IMMUNITÄTSNACHWEISFORMULAR

Gemäß einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates verlangt die Vinzenn Gruppe von allen im Krankenhaus und Sonderkrankenanstalt (HerzReha Bad Ischl) tätigen Mitarbeitern¹ aus Gründen des Eigen- und Fremdschutzes bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise **vor Beginn des Dienstverhältnisses**.

Der **Nachweis durch Ihren Hausarzt** ist mit den Bewerbungsunterlagen dem Service Team Personal (STP) **spätestens bei Arbeitsbeginn** vorzulegen. Haben Sie bitte auch im Sinne unserer Patienten Verständnis, dass ohne erbrachten Nachweis eine **Tätigkeit in unserem Krankenhaus/Sonderkrankenanstalt nicht möglich ist**.

Kosten, die Ihnen im Zusammenhang mit diesem Formular entstehen, werden nicht vom Krankenhaus/Sonderkrankenanstalt übernommen.

Nachname, Vorname, Titel:

Versicherungsnummer:

Funktion:

Krankenhaus / HerzReha Bad Ischl:

Wird vom Arbeitgeber ausgefüllt:

Probemonat bis:

Befristung bis:

Vorgesetzter:

Vom Arzt auszufüllen:

Masern-Mumps-Röteln (MMR) und Varicellen

Der MMR- und Varicellen-Impf- oder Immunitätsnachweis ist von **ALLEN Mitarbeitern** und **Praktikanten** vorzulegen.

Der Nachweis des MMR- und Varicellen-Schutzes gilt als erbracht bei:

- a) nachgewiesener zweimaliger Impfung (gestempelter Impfpass) **oder**
- b) positivem Antikörper Titer (Laborbefund im Referenzbereich), nicht älter als 1 Jahr (Varicellen)

Durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

¹ Dies gilt auch für kurzzeitig Beschäftigte, wie Praktikantinnen und Praktikanten, Famulantinnen und Famulanten sowie Gastärzte.

Ausgenommen sind Besucherinnen und Besucher, Hospitantinnen und Hospitanten (weniger als fünf Tage und nicht auf Kinderabtl. bzw. AGR tätig) die in einer unserer Einrichtungen zu Besuch sind.

Impfung	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr) ODER		Titer IgG
MMR	1. Teilimpfung am _____ _____	2. Teilimpfung am _____ _____	Wert: Datum:
Varicellen	1. Teilimpfung am _____ _____	2. Teilimpfung am _____ _____	Wert: Datum:

Hepatitis B

Hepatitis B-Impfschutz ist von **Mitarbeitern mit Patientenkontakt bzw. Kontakt zu Blut/Blutprodukten und Körperflüssigkeiten sowie vom Küchenpersonal** (d.h. alle Mitarbeiter außer Stabstellen der Verwaltung) nachzuweisen.

Erforderlich ist der Nachweis einer Grundimmunisierung (3 Impfungen) **und** Titer-Bestimmung (Titer nicht älter als 10 Jahre, Wert >100 IE/l).

Impfung	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr) UND	Titer (Hbs-AK bei HepB)
Hepatitis B	1. Teilimpfung am _____	Wert: Datum:
	2. Teilimpfung am _____	
	3. Teilimpfung am _____	
	Letzte Auffrischung am _____	

Hiermit wird bestätigt, dass bei Frau/Herrn _____ zum Zeitpunkt der Untersuchung am _____ der für die Tätigkeit im Krankenhaus/HerzReha Bad Ischl erforderliche Infektionsschutz (wie oben beschrieben) gegeben ist.

Datum:

Unterschrift und Stempel Arzt:

Vom Mitarbeiter/Praktikant auszufüllen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum:

Unterschrift Mitarbeiter:

Zusätzlich empfehlen wir allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen aufrechten Impfschutz bezüglich:

- Hepatitis A
- Covid-19
- Influenza
- Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio
- Meningokokken (ausschließlich für die Bereiche Kinderabteilung, ICU und Labor)
- Pneumokokken (ausschließlich für die Bereiche Kinderabteilung, ICU, Labor und AGR)

Weitere Impfinformationen gibt es im österreichischen Impfplan:

<https://www.bmgf.gv.at/Impfplan>