

## Impf- und Immunitätsnachweisformular

Gemäß einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates verlangt die Vinzenz Gruppe von allen im Krankenhaus und Sonderkrankenanstalt (HerzReha Bad Ischl) tätigen Mitarbeitern<sup>1</sup> 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:**

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 <b><u>ALLEN Mitarbeitern</u></b> und <b><u>Praktikanten</u></b> vorzulegen.			
Der Nachweis des MMR- und Varicellen-Schutzes gilt als erbracht bei:			
a) nachgewiesener zweimaliger Impfung (gestempelter Impfpass) <b>oder</b>			
b) positivem Antikörper Titer (Laborbefund im Referenzbereich), nicht älter als 1 Jahr (Varicellen)			
Durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!			

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

<sup>1</sup> 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.

Hepatitis B		
Hepatitis B-Impfschutz ist von <b>Mitarbeitern mit Patientenkontakt bzw. Kontakt zu Blut/Blutprodukten und Körperflüssigkeiten sowie vom Küchenpersonal</b> (d.h. alle Mitarbeiter außer Stabstellen der Verwaltung) nachzuweisen. Erforderlich ist der Nachweis einer Grundimmunisierung (3 Impfungen) <b>und</b> Titer-Bestimmung (Titer nicht älter als 10 Jahre, Wert >100 IE/l).		
Impfung	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr) <b>UND</b>	Titer (Hbs-AK bei HepB)
Hepatitis B	1. Teilimpfung am	Wert:
	2. Teilimpfung am	
	3. Teilimpfung am	Datum:
	Letzte Auffrischung am	

**Nicht verpflichtende Angaben:**

COVID-19 Schutzimpfung		
Covid-19 Schutzimpfung	1. Teilimpfung am	2. Teilimpfung am
Erkrankung bereits durchgemacht	Datum:	

Hiermit wird bestätigt, dass bei Frau/Herrn \_\_\_\_\_ zum Zeitpunkt der Untersuchung am \_\_\_\_\_ der für die Tätigkeit im Krankenhaus 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
- Influenza
- Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio
- Meningokokken (ausschließlich für die Bereiche Kinderabteilung, ICU und Labor)
- Pneumokokken (ausschließlich für die Bereiche Kinderabteilung, ICU, Labor und AGR)
- Covid 19

Weitere Impfinformationen gibt es im österreichischen Impfplan unter <https://www.bmgf.gv.at/Impfplan>