

Impf- und Immunitätsnachweisformular

Gemäß einer Vorgabe des Obersten Sanitätsrates verlangt die Vinzenz Gruppe von allen im Krankenhaus tätigen Personen aus Gründen des Eigen- und Fremdschutzes bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise **vor Beginn** der Tätigkeit im Haus.

Folgende Nachweise sind uns durch eine Bestätigung **von Ihrer Hausärztin*/Ihrem Hausarzt* schnellstmöglich vor Beginn der Tätigkeit** vorzulegen:

- **Masern-Mumps-Röteln (MMR)**
- **Varicellen**

Haben Sie bitte auch im Sinne unserer Patient*innen Verständnis, dass ohne erbrachten Nachweis eine **Tätigkeit in unserem Krankenhaus nicht möglich ist.**

Sollte bei Ihnen bereits eine Hepatitis B-Immunsierung vorliegen, wird ersucht, diese ebenfalls von Ihrer Hausärztin*/Ihrem Hausarzt* bestätigen zu lassen (ein Arbeitsantritt ist auch ohne Hepatitis B-Immunsierung möglich).

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

Nachname, Vorname, Titel:

Versicherungsnummer:

Funktion:

**Sehr geehrter* Hausarzt*, sehr geehrte* Hausärztin*,
bitte füllen Sie die beiden Seiten vollständig aus!**

Frau/Herr _____

Masern-Mumps-Röteln (MMR) und Varicellen

Der MMR- und Varicellen-Impf- oder Immunitätsnachweis ist von **ALLEN im Krankenhaus tätigen Personen** vorzulegen.

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

- a) nachgewiesener zweimaliger Impfung **oder**
- b) positivem Antikörper Titer

Eine durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

Impfung	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr) ODER Titer IgG		
Masern	1. Teilimpfung am _____	2. Teilimpfung am _____	Titer positiv <input type="checkbox"/> Datum: _____
Mumps	1. Teilimpfung am _____	2. Teilimpfung am _____	Titer positiv <input type="checkbox"/> Datum: _____
Röteln	1. Teilimpfung am _____	2. Teilimpfung am _____	Titer positiv <input type="checkbox"/> Datum: _____
Varicellen	1. Teilimpfung am _____	2. Teilimpfung am _____	Titer positiv <input type="checkbox"/> Datum: _____

Hiermit wird bestätigt, dass bei _____ zum Zeitpunkt der
Titel, Vorname, Nachname
 Untersuchung am _____ der für die Tätigkeit im Krankenhaus der
 Barmherzigen Schwestern Ried erforderliche **Infektionsschutz** (wie oben beschrieben)
 gegeben ist.

Datum: Unterschrift und Stempel Ärztin*/Arzt*:

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt bei einer bereits bestehenden Hepatitis-B-Immunsierung aus (ein Arbeitsantritt ist auch ohne Hepatitis B-Immunsierung möglich):

Hepatitis B		
Sollte bereits eine Hepatitis B-Immunsierung vorliegen, wird ersucht, diese nachstehend anzuführen. Grundimmunsierung (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:
	2. Teilimpfung am _____	
	3. Teilimpfung am _____	Datum:
	Letzte Auffrischung am _____	

Gesundheitliche Eignung	
_____ ist aus ärztlicher Sicht physisch und psychisch geeignet, die Tätigkeit als _____ auszuüben. <small>Titel, Vorname, Nachname</small>	
Datum: Unterschrift und Stempel Ärztin*/Arzt*:	

Zusätzlich empfehlen wir allen im Krankenhaus tätigen Personen einen aufrechten Impfschutz bezüglich:

- Covid 19 Grundimmunsierung mit 3 Impfungen
- Hepatitis A
- Influenza
- Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio
- Meningokokken (ausschließlich für die Bereiche Kinderabteilung, Infektionsabteilungen, ICU und Labor)
- Pneumokokken (für die Bereiche Kinderabteilung, Infektionsabteilungen, ICU, Labor und AGR)

Weitere Impfinformationen finden Sie im österreichischen Impfplan:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfempfehlungen-Allgemein/Empfehlung-f%C3%BCr-Gesundheitspersonal.html>