

Impf- und Immunitätsnachweis neunerhaus Gesundheitszentrum

Mitarbeiter*innen-Daten			
Name inkl. Titel			
Geburtsdatum			
Abteilung			
Eintrittsdatum			
Führungskraft			
Immunitätsnachweis			
Impfstoff	Impfdatum	Titer	Datum
Diphtherie, Tetanus, Pertussis +/- Poliomyelitis			
	1.TI	oder	Titer ausreichend <input type="checkbox"/> Auffrischung empfohlen <input type="checkbox"/>
	2.TI		
	3.TI		
	Booster:		
Masern, Mumps, Röteln			
	1.TI	oder	Titer ausreichend <input type="checkbox"/> Auffrischung empfohlen <input type="checkbox"/>
	2.TI		
Varicellen			
	1.TI	oder	Titer ausreichend <input type="checkbox"/> Auffrischung empfohlen <input type="checkbox"/>
	2.TI		
Hepatitis B (A+B)			
	1.TI	oder	HbS-Ak: Titer ausreichend <input type="checkbox"/> Auffrischung empfohlen <input type="checkbox"/>
	2.TI		
	3.TI		
	Booster:		

Gemäß den Empfehlungen des Gesundheitsministeriums sollte Personal in Gesundheitseinrichtungen, welches Kontakt zu Patient*innen oder mit infektiösem Material hat, zum eigenen Schutz und zum Schutz der betreuten Personen nachweislich und ausreichend vor den durch Impfung vermeidbaren Erkrankungen geschützt sein.

Ihre Immunität muss entweder durch Impfung (vollständige Grundimmunisierung und Auffrischung lt. aktuellem österreichischen Impfplan) **oder** durch eine ausreichend hohe Titerbestimmung nachgewiesen werden. Der **Nachweis durch Ihre*n Hausarzt*in oder vorherige*n Arbeitgeber*in ist vor Arbeitsbeginn** vorzulegen.

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

Zusätzlich empfehlen wir allen Mitarbeiter*innen einen aufrechten Impfschutz bezüglich:

- Hepatitis A
- Influenza
- Covid-19
- Pneumokokken

Weitere Impfinformationen gibt es im österreichischen Impfplan unter

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen.html>

Ärztliche Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass bei _____
zum Zeitpunkt der Untersuchung am _____
der für die Tätigkeit im Gesundheitsbereich erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

Datum:

Stempel/Unterschrift: