

	Formular	Direktion
	Immunitätsnachweis zukünftiger Mitarbeiter, Praktikanten, etc.	

Nachname, Vorname, Titel: _____

VSNR: _____ **Telefonnummer:** _____

Vor Beginn Ihrer Tätigkeit bei der Gesundheit Burgenland **muss** der vollständige Nachweis der Schutzimpfungen durch eine dokumentierte zweimalige Impfung oder eine Titerbestimmung erbracht werden. Für Hepatitis B sind die Daten der Grundimmunisierung sowie ein Titerwert mit Datum erforderlich.

Vom behandelnden Arzt auszufüllen			
	Impfdatum		Titer inkl. Einheit, Datum
Röteln	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
Masern	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
Mumps	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
Varizellen <small>(Schafblättern, Windpocken)</small>	1. Impfung:	oder	_____, am _____
	2. Impfung:		
Diphtherie- Tetanus- Pertussis- <small>Achtung GI mit Polio muss gegeben sein!</small>	Datum der letzten Impfung (mind. < 5 Jahre):	oder	_____, am _____
Hepatitis B *	Grundimmunisierung:	und	_____, am _____
	1.:		
	2.:		
	3.:		
	letzte Auffrischung:		
Hiermit wird bestätigt, dass die erforderlichen Impfungen vorliegen bzw. die Immunität gegeben ist.			
Datum, Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes			

* Daten zur Grundimmunisierung sind auch bei aktuellem Titer anzugeben!

Dieser Nachweis ist **spätestens 1 Monat vor Dienstantritt/Praktikumsantritt dem Personalbüro oder dem Praktikumsverantwortlichen** vorzulegen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich an die Assistenz der Arbeitsmedizin per Telefon: +43 5 7979 30095 von Mo-Fr 09:00 bis 11:00 Uhr.

Vom zukünftigen Mitarbeiter auszufüllen

Zum Zweck der laufenden Vervollständigung meiner Impfdaten laut Immunitätsnachweis bzw. im Zuge einer Erhebung und Dokumentation des Immunstatus während meines Dienstverhältnisses stimme ich, _____ der Abfrage (Verarbeitung) aus dem Impfpass (digitaler eImpfpass über ELGA oder Papierform) durch die Arbeitsmedizin ausdrücklich zu.

Sie sind verpflichtet, für die eigene Sicherheit und Gesundheit sowie für die Sicherheit und Gesundheit von Personen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind, die Verantwortung zu übernehmen und während des aufrechten Dienstverhältnisses die Immunität gegen durch Impfung vermeidbare Krankheiten aufzufrischen und dem Dienstgeber nachzuweisen.

Datum, Unterschrift zukünftiger Mitarbeiter

Vom Personalbüro bzw. Praktikumsverantwortlichen verpflichtend auszufüllen

Mitarbeiter

Praktikant, Famulant oder Hospitation

Name: _____ **Datum Dienstantritt:** _____

Bereich/Station: _____ **Bereich:** ÄD PD KD

Ansprechperson - Name: _____
(Immunitätsnachweis retour an)

Von der Arbeitsmedizin auszufüllen

Datum	fehlend	Befund/Information erhalten

Bei der oben genannten Person besteht zum Zeitpunkt des Dienstantrittes eine Immunität gegen die am Immunitätsnachweis angeführten Erkrankungen.

Datum, Stempel, Unterschrift Arbeitsmediziner

Auch, wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nicht alle Geschlechter angeführt sind, richtet sich dieses Dokument an Angehörige der sechs Geschlechter gemäß Erlass des Innenministeriums (männlich, weiblich, divers, inter, offen, keine Angabe).