Immunitätsnachweis Praktikant\*innen /

Kurzzeitbeschäftigte im patientennahen Bereich

Zum Schutz der Praktikant\*innen ebenso wie der betreuten PatientInnen vor der Ansteckung mit Infektionskrankheiten werden vor Praktikumsantritt an der Klinik Pirawarth gemäß der Empfehlung des Obersten Sanitätsrates und des Bundesministeriums für Gesundheit bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise verlangt. Dieser Nachweis hat durch eine/n Arztin/Arzt zu erfolgen und ist vollständig ausgefüllt und unterschrieben VOR dem Praktikumsantritt an den Praktikumsbetreuer / die Praktikumsbetreuerin zu übermitteln. *Es wird auch ein bereits bestehender Immunitätsnachweis des Praktikanten, welcher durch einen Arzt bestätigt wurde, akzeptiert.* Der Immunitätsnachweis kann entweder durch Bestätigung der Impfungen (Grundimmunisierung/Auffrischungen) oder durch einen positiven Antikörpertiter (nicht älter als 1 Jahr, Ausnahme Hepatitis B: nicht älter als 10 Jahre und Wert über 100) erfolgen.

Die Kosten für die definierten Impfungen und/oder Titerbestimmungen hat die/der Praktikant\*in selbst zu tragen.

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Vers. Nr. |

Anforderung:

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit muss eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (Windpocken, Schafblattern) entweder durch eine nachgewiesene zweimalige Impfung oder einen positiven Antikörpertiter vorliegen.

Weiters ist es im patientennahen Bereich notwendig, gegen Hepatitis B geschützt zu sein:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Impfdatum | Titer / Datum  |
| Röteln | 1. Impfung:
2. Impfung:
 |  |
| Masern | 1. Impfung:
2. Impfung:
 |  |
| Mumps | 1. Impfung:
2. Impfung:
 |  |
| Varizellen | 1. Impfung:
2. Impfung:
 |  |
| Hepatitis B | 1. Impfung:
2. Impfung:
3. Impfung:

Auffrischungen: | Datum letzter HBs quantitativer AK-Titer:Höhe: |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Voraussetzung für Tätigkeiten im patientennahen Bereich gegeben sind (ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und eine zumindest begonnene Hepatitis B Immunisierung).

Datum Unterschrift und Stempel der /Ärztin /des Arztes