



CHECKLISTE Immunitätsnachweis für neue Mitarbeiter in patientennahen Bereichen

Auf Grundlage der Impfeempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit und im Sinne der Mitarbeiter- und Patientensicherheit sieht das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt GmbH als Einstellungsvoraussetzung für die nachfolgenden Berufsgruppen vor, einen Immunitätsnachweis gegen die auf S. 2 angeführten Erkrankungen vorzulegen:

- **Pflegepersonal und Serviceassistenten**
- **Hebammen**
- **Ärzte, KPJ-Studenten und Famulanten**
- **Klinische Psychologen**
- **Medizinisch-technische Dienste inkl. Praktikanten**
- **Mitarbeiter aus dem Labor inkl. Praktikanten**

Daher bitten wir Sie die vorliegende Checkliste von Ihrem Hausarzt ausfüllen und den Infektionsschutz bestätigen zu lassen. Der Immunitätsnachweis ist zusammen mit allen Impfpässen zur Untersuchung bei unserer Arbeitsmedizin mitzubringen.

Wir bitten um Verständnis, dass ein Arbeitsbeginn in unserem Krankenhaus ohne Erbringung dieses Immunitätsnachweises nicht möglich ist.

Wir weisen des Weiteren darauf hin, dass die im Zusammenhang mit dieser Regelung entstehenden Kosten **nicht** durch den Arbeitgeber übernommen werden.

Mitarbeiter: _____

Geburtsdatum: _____

Vers. Nr.: _____

Adresse: _____

Beschäftigt als: _____

Abteilung/Bereich: _____



CHECKLISTE Immunitätsnachweis für neue Mitarbeiter in patientennahen Bereichen

Hiermit wird bestätigt, dass die Immunität gegen die u.a. Erkrankungen entweder durch **nachgewiesene Grundimmunisierungen bzw. Auffrischungsimpfungen** und/oder durch einen **positiven Antikörpertiter** vorliegt.

Mitarbeiter: _____

		Impfdatum	Titer/-Höhe	Datum
Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio	Letzte Impfung		/	
Masern-Mumps-Röteln (MMR) (Kombi-Impfung)	1. Impfung			
	2. Impfung			
Varizellen	1. Impfung			
	2. Impfung			
	<input type="checkbox"/> Ich war bereits an Varizellen erkrankt und bin daher immun. Ohne nachgewiesener 2x Impfung ist Titer im Hochrisikobereich nötig!			
Influenza (jährlich)*	Letzte Impfung			
Hepatitis B	1. Impfung			
	2. Impfung			
	3. Impfung			
	Letzte Auffrischung			
Pneumokokken² (ab dem 50. LJ.)	1. Impfung (PREVENAR 13)			
	2. Impfung (PNEUMOVAX 23)			
Meningokokken³	1. Impfung (Neis Vac C)			

* Die jährliche Immunisierung ist für Eintritte im Zeitraum von Oktober bis März (Grippezeit) erforderlich.

² Ausschließlich für ärztliches, pflegerisches, therapeutisches Personal, klinische Psychologen und Studenten/Praktikanten dieser Berufsgruppen, die in den Hochrisikobereichen Anästhesie und Intensivmedizin, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin II - Onkologie und in der zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (betrifft die Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Neurologie) tätig sind sowie für Mitarbeiter aus dem Labor und dem Empfang erforderlich.

³ Für ärztliches, pflegerisches, therapeutisches Personal, klinische Psychologen und Studenten/Praktikanten dieser Berufsgruppen auf den folgenden Abteilungen erforderlich: ICU, Kinder- u. Jugendheilkunde, Geburtshilfe, Neurologie und ZAE.

Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt



CHECKLISTE
Immunitätsnachweis für
neue Mitarbeiter in
patientennahen Bereichen

Version: 011/09.2023
Erstellung: Hiden, B.; Habersack, B.,
Kral K., am: 04.08.2017
Geändert am: 21.08.2023
Freigabe: Maurer, Robert,
am: 25.09.2023

Von der Arbeitsmedizin auszufüllen: Dokumentation fehlender Impfungen

Datum:

Fehlende Impfung(en):

Vom Mitarbeiter auszufüllen

Name:

Geburtsdatum:

Hiermit bestätige ich, über die noch fehlende(n) Impfung(en) informiert zu sein und diese in Eigenverantwortung schnellstmöglich nachzuholen und spätestens 5 Werktage vor Ablauf des Probemonats nachzuweisen.

Nachweis erfolgt durch:

- Elektronische Übermittlung an die Arbeitsmedizin (betriebsarzt@bbeisen.at)
oder
 Folgetermin bei der Arbeitsmedizin (Terminvereinbarung für die Berufsgruppe der Pflege unter pfllege.sekretariat@bbeisen.at und für alle restlichen Berufsgruppen unter krankenhaus@bbeisen.at).

Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass sofern dies nicht erfolgt, das Dienstverhältnis im Probemonat gelöst wird.

Unterschrift Mitarbeiter

Hiermit wird durch die Arbeitsmedizin bestätigt, dass die Voraussetzung für Tätigkeiten im patientennahen Bereich gegeben ist.

Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitsmedizin