



Immunitätsnachweis PraktikantInnen / Kurzzeitbeschäftigte im patientennahen Bereich

Infektionsschutz-Anforderung bei Tätigkeit in den Steiermärkischen Landeskrankenhäusern und Landespflegeheimen

Nachname, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:

Vers. Nr.:

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

	Impfdatum	Titer	Datum
Röteln	1. Impfung 2. Impfung		
Masern	1. Impfung 2. Impfung		
Mumps	1. Impfung 2. Impfung		
Varicellen (Schafblattern, Windpocken)	1. Impfung 2. Impfung		

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

	Impfdatum	Datum HBs AK-Titer
Hepatitis B	1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung Auffrischungen	letzter quantitativer Titer: Höhe:

Ich, der/die behandelnde Arzt/Ärztin, **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 des/der behandelnden Arztes/Ärztin