

Immunitätsnachweis Praktikant*innen/Kurzzeitbeschäftigte Infektionsschutz-Anforderung bei Tätigkeit in den Steiermärkischen Landeskrankenhäusern, Landespflegezentren und Betrieben der KAGes

Nachname, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:

Vers. Nr.:

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit in der KAGes muß eine Immunität gegen **Masern, Mumps, Röteln** und **Varicellen** (Windpocken, Schafblättern) vorliegen.

	Impfdatum		Titer, Datum	Immunität gegeben
Röteln	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
Masern	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
Mumps	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
Varicellen (Schafblättern, Windpocken)	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis B *	1. Impfung:	und	Höhe:	Schutz bis voraussichtlich:
	2. Impfung:		Datum:	
	3. Impfung:			
	letzte Auffrischung:			
Hepatitis A **	1. Impfung:	und	Höhe:	Schutz bis voraussichtlich:
	2. Impfung:		Datum:	
	letzte Auffrischung:			

* Für Praktikant*innen und Kurzzeitbeschäftigte in folgenden Bereichen ist es zusätzlich zur nachgewiesenen Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varicellen notwendig, **gegen Hepatitis B geschützt** zu sein:

- Praktikant*innen/Kurzzeitbeschäftigte im patient*innennahen Bereich inkl. Stationssekretariat/Transportdienst/Reinigung im Krankenhaus/Medizintechnik
- Müllentsorgung
- Praktikant*innen/Kurzzeitbeschäftigte des Institutes für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
- Praktikant*innen/Kurzzeitbeschäftigte des KAGes Textilservices

** Für Praktika/Kurzzeitbeschäftigungen im Küchenbereich gilt zusätzlich zur nachgewiesenen Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varicellen die Immunität gegen **Hepatitis A** als Einstellungs-voraussetzung.

Diese gilt als gegeben, wenn:

- eine Grundimmunisierung gegen Hepatitis A (2 Impfungen im Abstand eines Jahres) innerhalb der letzten 20 Jahre *oder*
- eine begonnene Grundimmunisierung (Einmalimpfung gegen Hepatitis A innerhalb der letzten 11 Monate) vorhanden ist.

Informationen über weitere Impfungen:

Pertussis (Keuchhusten)	
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	
Diphtherie	
Tetanus	
COVID-19	1. Impfung: Impfstoff/Ch.-B.:
	2. Impfung: Impfstoff/Ch.-B.:
	3. Impfung: Impfstoff/Ch.-B.:
	letzte Auffrischung: Impfstoff/Ch.-B.:
	Genesungszertifikat vom:
Andere	

Datum

Unterschrift und Stempel des*der behandelnden Arztes*Ärztin