**Arbeitsmedizin Med Campus** Garnisonstraße 10/ Seiteneingang, 4020 Linz

Telefon: 05 7680/83-22021 Fax: 05 7680/83-3359

E-mail: Arbeitsmedizin.MC@kepleruniklinikum.at



## **Nachweis Infektionsschutz**

bei Tätigkeiten im Kepler Unive	rsitätskliniku	ım						
<ul> <li>☐ Med Campus II., Krankenhausstra</li> <li>☐ Med Campus III., Krankenhausstra</li> <li>☐ Med Campus IV., Krankenhausstra</li> </ul>	aße 9, 4021 Lir	ız						
Wir ersuchen Sie, diesen Frageboger an die ARBEITSMEDIZIN zu senden.		öglich auszufüllen und <u>mit ei</u>	ner <b>Kc</b>	pie des	s Impfpass	ses_		
Name:		SVNR / Geb. Dat.						
		Geplante Tätigkeit:			von:			
Adresse:		Abteilung:			bis:			
		Kurs/Jahrgang:			1			
Handy:								
Email privat:		Ausbildungsstätte:						
Verpflichtende Impfnachweise	Impfdatum		Impfempfehlung					
Masern – Mumps – Röteln (Zweimalige Impfung erforderlich)	Impfung     Impfung		Ja		Nein			
Wenn keine zweimalige Impfung vorliegt, ist eine Titerbestimmung erforderlich	Masern Titer:		Ja		Nein			
	Mumps Titer:		Ja		Nein			
	Röteln Titer:		Ja		Nein			
Varizellen (Schafblattern)	Nachweislich durchgemacht (Jahr): Titer:		Ja		Nein			
Nicht durchgemacht, Titer negativ	Impfung     Impfung		Ja		Nein			

Hepatitis B	1. Impfung									
(Grundimmunisierung mit 3 Impfungen)	2. Impfung	Ja		Nein						
Name Impfstoff:	3. Impfung	Nächste fällige Impfung:								
	Auffrischung:									
	Titer:									
Hepatitis A	1. Impfung									
Für Küche, Pädiatrie	2. Impfung									
Zumindest 1x geimpft	····									
Name Impfstoff:										
Empfohlene Impfnachweise	Letztes Impfdatum:	Impfempfehlung								
	1. Impfung: 3.Impfung:	Ja		Nein						
Covid-19	2. Impfung Auffrischung:									
Name Impfstoff:										
Pertussis ( Keuchhusten)		Ja		Nein						
Poliomyelitis ( Kinderlähmung)		Ja		Nein						
Diphterie		Ja		Nein						
Tetanus		Ja		Nein						
Ärztliche Bestätigung:										
Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt eine ausreichende Immunität gegen										
☐ Masern/Mumps/Röteln,	☐ Varizellen	und								
☐ Hepatitis B	☐ Hepatitis A (Hochrisikogruppe Küc	he un	d Pädiat	t <b>rie)</b> beste	ht.					
Ich bestätige hiermit die Richtigkeit zu den Angaben zu den freiwilligen Impfnachweisen von										
Name:	, SVNR und Geb. Dat.:									
Datum: Unterschrift und Stempel des Arztes:										