Stabsstelle Klinikentwicklung
Arbeitsmedizin Neuromed Campus
Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz
Telefon: 05 7680 87-22021
E-Mail: Arbeitsmedizin.NMC@kepleruniklinkum.at

Kepler Universitäts Klinikum

Erhebung des **Immunstatus** bei Tätigkeiten im Kepler Universitätsklinikum

In Kürze beginnen Sie eine Tätigkeit im Kepler Universitätsklinikum. So wie auch andere Beschäftigte im Gesundheitsdienst müssen Sie daher Ihr Infektionsrisiko durch Impfungen minimieren. Zugleich bedeutet ein entsprechender Impfschutz, dass Sie diese Krankheiten nicht an eventuell ungeschützte Patientinnen und Patienten übertragen können. Daher sind laut der "Richtlinie Impfungen für Mitarbeiter/innen" bestimmte Impfungen vorgeschrieben.

Das bedeutet für Sie:

Füllen Sie den **„Nachweis Infektionsschutz"** sorgfältig aus und lassen Sie diesen von Ihrem **Hausarzt/ Ihrer Hausärztin mit Unterschrift und Stempel bestätigen**.

Dieser ist gemeinsam mit einer **Kopie des Impfpasses** an die Arbeitsmedizin in **einem** Mail zu übermitteln: **Arbeitsmedizin.NMC@kepleruniklinikum.at**

Die vollständigen Unterlagen müssen bis spätestens **4 Wochen vor Arbeits-/Praktikumsantritt in der Arbeitsmedizin** des Kepler Universitätsklinikums einlangen. Sollten Unterlagen unvollständig oder Impfungen nachzuholen sein, kann sich der Zeitpunkt der Bestätigung der Eignung durch die Arbeitsmedizin nach hinten verschieben.

Eine Eignung liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Masern-Mumps-Röteln

2 vollständige Impfungen gegen MMR oder ein positiver Antikörpernachweis gegen diese Krankheiten

➔ *kostenlose Impfung, z. B. auf jeder Bezirkshauptmannschaft, oder jedem Magistrat möglich.*

Varizellen

Eine positive Varizellen Anamnese muss vom Hausarzt bestätigt werden.

➔ *Bei fehlender Anamnese ist eine Titerbestimmung durchzuführen und gegebenenfalls sind zwei Varizellen-Impfungen im Abstand von 4 Wochen durchzuführen.*

Hepatitis B für Hochrisikogruppen nach der Liste der AUVA

Kontrolle des Impfschutzes gegen Hepatitis B und im Bedarfsfall Auffrischung

Hepatitis A Schutz bei Hochrisikogruppe Küche

Kontrolle des Impfschutzes gegen Hepatitis A und im Bedarfsfall Auffrischung bei Hochrisikogruppe Küche.

Folgende Impfungen sind empfohlen:

Hepatitis A (Schutz ist erwünscht bzw. bei Hochrisikogruppe Küche verpflichtend)
Tetanus – Diphtherie – Poliomyelitis - Pertussis (Impfschutz ist im eigenen Interesse sinnvoll)

Die Bestätigung der Arbeitsmedizin über eine Eignung muss am 1. Tag Ihrer Tätigkeit im Kepler Universitätsklinikum vorliegen, ansonsten ist ein Tätigwerden nicht möglich!

Stabsstelle Klinikentwicklung
Arbeitsmedizin Neuromed Campus
Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz
Telefon: 05 7680 87-22021
E-Mail: Arbeitsmedizin.NMC@kepleruniklinkum.at

Kepler Universitäts Klinikum

Nachweis Infektionsschutz

bei Tätigkeiten im Kepler Universitätsklinikum

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen sobald als möglich auszufüllen und mit einer **Kopie des Impfpasses** an die ARBEITSMEDIZIN zu senden.

Name:	**SVNR / Geb. Dat.**
	Geplante Tätigkeit:
Adresse:	**Abteilung:**
	Ausbildungsstätte (Kurs/Jahrgang):
Handy:	
Email privat:	**von:** **bis:**

Verpflichtende Impfnachweise	**Impfdatum**	**Impfempfehlung**
Masern – Mumps – Röteln (Zweimalige Impfung erforderlich)	1. Impfung 2. Impfung	Ja ☐ Nein ☐
Wenn keine zweimalige Impfung vorliegt, ist eine Titerbestimmung erforderlich	Masern Titer: Mumps Titer: Röteln Titer:	Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐
Varizellen (Schafblattern)	Nachweislich durchgemacht (Jahr): Titer:	Ja ☐ Nein ☐
Nicht durchgemacht, Titer negativ	1. Impfung 2. Impfung	Ja ☐ Nein ☐

Stabsstelle Klinikentwicklung
Arbeitsmedizin Neuromed Campus
Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz
Telefon: 05 7680 87-22021
E-Mail: Arbeitsmedizin.NMC@kepleruniklinkum.at

Kepler Universitäts Klinikum

Hepatitis B (Grundimmunisierung mit 3 Impfungen) Name Impfstoff:	1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung Auffrischung: Titer:	Ja ☐ Nein ☐ Nächste fällige Impfung:

Empfohlene Impfnachweise	Letztes Impfdatum:	Impfempfehlung
Hepatitis A (Hochrisikogruppe Küche verpflichtend) Zumindest 1x geimpft Name Impfstoff:	1. Impfung 2. Impfung	Ja ☐ Nein ☐
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** besteht.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit zu den Angaben zu den Impfnachweisen von

Name: ……, SVNR und Geb. Dat.: ……

Datum: …… Unterschrift und Stempel des Arztes: ……