

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 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 bestätigen**. Der Nachweis ist dann an die Arbeitsmedizin **per E-mail** zu übermitteln. Die Unterlagen müssen bis spätestens **8 Wochen vor Tätigkeitsantritt in der Arbeitsmedizin** des Kepler Universitätsklinikums einlangen.

Alle **Grunddaten (schwarzer Rand)** sind von Ihnen **vollständig auszufüllen**, um die immunologische Eignung feststellen und an die richtige Stelle weiterleiten zu können.

Sollten Angaben bzw. die ärztliche Bestätigung unvollständig sein, wird der Nachweis an Sie retourniert!

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

→ *Kann für Zivildienstler bzw. Hochrisikogruppen in Zusammenarbeit mit unserer Arbeitsmedizin, nach Dienstantritt und Überprüfung des bestehenden Immunstatus, kostenlos erfolgen.*

Folgende Impfungen sind empfohlen:

Hepatitis A (Schutz ist erwünscht)

Tetanus – Diphtherie – Poliomyelitis - Pertussis (Impfschutz ist im eigenen Interesse sinnvoll)

Pneumokokken – Meningokokken – FSME Impfung (für Hochrisikogruppen in bestimmten Bereichen)

**Der Nachweis der Eignung muss am 1. Tag Ihrer Tätigkeit in der KUK vorliegen,
ansonsten ist diese nicht möglich!**

Nachweis Infektionsschutz bei Tätigkeiten im Kepler Universitätsklinikum

- Med Campus II., Krankenhausstraße 7a, 4020 Linz
- Med Campus III., Krankenhausstraße 9, 4021 Linz
- Med Campus IV., Krankenhausstraße 26-30, 4020 Linz

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt an die **Arbeitsmedizin** zu senden.

Bitte vollständig ausfüllen:

Vorname: _____ Titel: _____ Nachname: _____ SVNR / Geb. Dat.: _____ Straße/Hausnummer: _____ Postleitzahl/Ort: _____ Handy: _____ E-mail privat: _____	<p>Bitte zutreffendes ankreuzen:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pflichtpraktikum</td> <td><input type="checkbox"/> Freiwilliges Praktikum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ferialarbeit</td> <td><input type="checkbox"/> Zivildienst</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leasingarbeit</td> <td><input type="checkbox"/> CMA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Famulatur</td> <td><input type="checkbox"/> KPJ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Werkvertrag/freier Dienstvertrag</td> <td><input type="checkbox"/> Gastarztstätigkeit</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ von: _____ bis: _____</p> Ansprechperson/Praktikumsbetreuer im Kepler Universitätsklinikum: _____ Abteilung: _____	<input type="checkbox"/> Pflichtpraktikum	<input type="checkbox"/> Freiwilliges Praktikum	<input type="checkbox"/> Ferialarbeit	<input type="checkbox"/> Zivildienst	<input type="checkbox"/> Leasingarbeit	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> Famulatur	<input type="checkbox"/> KPJ	<input type="checkbox"/> Werkvertrag/freier Dienstvertrag	<input type="checkbox"/> Gastarztstätigkeit
<input type="checkbox"/> Pflichtpraktikum	<input type="checkbox"/> Freiwilliges Praktikum										
<input type="checkbox"/> Ferialarbeit	<input type="checkbox"/> Zivildienst										
<input type="checkbox"/> Leasingarbeit	<input type="checkbox"/> CMA										
<input type="checkbox"/> Famulatur	<input type="checkbox"/> KPJ										
<input type="checkbox"/> Werkvertrag/freier Dienstvertrag	<input type="checkbox"/> Gastarztstätigkeit										
Ausbildungsstätte: _____											

Verpflichtende Impfnachweise	Impfdatum	Impfempfehlung			
Masern – Mumps – Röteln (Zweimalige Impfung erforderlich)	1. Impfung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	2. Impfung				
Wenn keine zweimalige Impfung vorliegt, ist eine Titerbestimmung erforderlich	Masern Titer:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Mumps Titer:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Röteln Titer:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Varizellen (Schafblattern)	Nachweislich durchgemacht (Jahr):	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Titer:				
Nicht durchgemacht, Titer negativ	1. Impfung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	2. Impfung				

Hepatitis B (Grundimmunisierung mit 3 Impfungen) Name Impfstoff:	1. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nächste fällige Impfung:
	2. Impfung	
	3. Impfung	
	Auffrischung:	
	Titer:	

Empfohlene Impfnachweise	Letztes Impfdatum:	Impfempfehlung
Pertussis (Keuchhusten)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Poliomyelitis (Kinderlähmung)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diphtherie		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tetanus		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A Name Impfstoff:	1. Impfung 2. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

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 freiwilligen Impfnachweisen.

Datum:..... Unterschrift und Stempel des Arztes:.....