

Dok. Nr.	Bereich	Dok. Typ.	Dokumententitel
<b>2017</b>	<b>LKI</b>	<b>FO</b>	<b>Infektionsschutznachweis</b>

Als Voraussetzung für Tätigkeiten am A. ö. Landeskrankenhaus (Univ.-Kliniken) Innsbruck.

**Dieses Formular ist von Ihrem/Ihrer AllgemeinmedizinerIn auszufüllen!**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

wir ersuchen um Verständnis, dass zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz der PatientInnen eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und COVID-19 vorliegen muss.

_____ Vor- und Zuname	_____ Versicherungsnummer + Geb.-Datum
_____ Wohnhaft in	_____ E-Mail-Adresse
_____ Mobiltelefonnummer	_____ Matrikelnummer (für StudentInnen)

**Der Infektionsschutz ist durch die zweimalige Impfung ODER durch einen positiven Antikörpertiter nachzuweisen!**

### Erforderlicher Infektionsschutznachweis

#### Masern

1. Impf-Datum                      2. Impf-Datum                      **ODER**    positiver IgG-Antikörpertiter

#### Mumps

1. Impf-Datum                      2. Impf-Datum                      **ODER**    positiver IgG-Antikörpertiter

#### Röteln

1. Impf-Datum                      2. Impf-Datum                      **ODER**    positiver IgG-Antikörpertiter

#### Varizellen

1. Impf-Datum                      2. Impf-Datum                      **ODER**    positiver IgG-Antikörpertiter

#### COVID-19

1. Impf-Datum                      2. Impf-Datum                      **ODER**    positiver Antikörpertiter

**Bitte wenden!**

In bestimmten Bereichen mit immungeschwächten PatientInnen ist außerdem die jährliche Grippeimpfung im Zeitraum von Anfang Oktober bis Ende März erforderlich!

**Grippeimpfung**    ja    nein    Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Hiermit wird bestätigt, dass bei Frau/ Herrn \_\_\_\_\_ zum Zeitpunkt der Untersuchung am \_\_\_\_\_ der für die Tätigkeit im patientInnennahen Bereich erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift AllgemeinmedizinerIn

## Gewünschter Infektionsschutz

### Hepatitis B-Impfung

Die Hepatitis B-Immunitätsabklärung findet bei der Einstellungsuntersuchung statt.

### Von der Bewerberin/ Vom Bewerber auszufüllen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Weiters stimme ich zu, dass der Immunitätsstatus an die Tirol Kliniken GmbH weitergegeben werden darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift BewerberIn

## Administratives

### Einstellung

Im Rahmen der Einstellungsuntersuchung ist das vollständig ausgefüllte Formular der Betriebsärztlichen Betreuung zu übermitteln.

### Praktikum

Spätestens zwei Wochen vor Praktikumsbeginn muss diese Bestätigung der Ärztlichen Direktion bzw. Pflegedirektion als Kopie vorliegen.

### MUI-Studierende

Dieses Formular muss spätestens am Ende des ersten Studienjahres in der Abteilung Lehr- und Studienorganisation abgegeben werden. Eine Kopie für das Krankenhaus ist bei Bedarf mitzubringen (siehe KPJ, Famulatur).

### Pflichtfamulatur

Zur Anmeldung in der zuständigen Personalabteilung muss diese Bestätigung mitgebracht werden.

### KPJ an einem Standort der Tirol Kliniken GmbH

Dieses Formular ist im Zentrum für ärztliche Ausbildung bei der Unterzeichnung der KPJ-Vereinbarung vorzulegen.