

## Infektionsschutz-Anforderung

Sehr geehrte/r Frau/Herr

NAME, Versicherungsnummer und Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Für die Aufnahme in den Pflege Campus Kufstein (PCK) muss für Tätigkeiten im patientennahen Bereich eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen entweder durch einen **ausreichenden Impfschutz** nach dokumentierter zweimaliger Impfung **ODER** durch eine **positive Antikörperbestimmung (Titer)** als Nachweis vorliegen.

Diese fertig unterzeichnete Infektionsschutz-Anforderung ist dem Betriebsärztlichen Dienst des A. ö. Bezirkskrankenhauses Kufstein bei Aufnahme in den PCK vorzulegen. Eine Aufnahme ist erst nach Freigabe durch die Arbeitsmedizin möglich ([arbeitsmedizin@bkh-kufstein.at](mailto:arbeitsmedizin@bkh-kufstein.at), Tel.: 05372/6966-1095).

<b>ERFORDERLICHER INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS:</b>			
<b>COVID-19-Impfungen:</b>	1. Impfung am _____	2. Impfung am _____	
Impfstoffname: _____		3. Impfung am _____	
	Infektionsschutz ausreichend 2 dokumentierte Impfungen <b>oder</b> positiver IgG-Titer		
	Impfdatum	Antikörper-Titer	Datum
Masern	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Mumps	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Röteln	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Varizellen	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Pertussis (Diphtherie, Tetanus, Polio)	Impfstoffname: Datum der letzten Impfung:		
<b>Dringend empfohlener Infektionsschutz:</b>	<b>Impfdatum</b>	<b>Hep. B-Titer</b>	<b>Datum</b>
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Engerix) <input type="checkbox"/> Hepatitis A und B (TWINRIX) <input type="checkbox"/> Hepatitis A	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ 3. Teilimpfung am _____ Auffrischungen am _____		
<i>Falls noch keine oder eine unvollständige Hepatitis-Grundimmunisierung durchgeführt wurde, können im Büro der Arbeitsmedizin <b>kostenlose Impfungen mit Twinrix und Hepatitis B-Titerbestimmungen</b> durchgeführt werden. Bitte daher nur die Daten eintragen.</i>			

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit des erforderlichen Infektionsschutzes bestätigt:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit der Angaben:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Bewerberin/Bewerbers: \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

- Kopie Impfpass (**bitte gut leserlich kopieren**)
- Befund Antikörperbestimmung (falls Impfnachweis nicht vorhanden)