

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, Tel.: 05372/6966-1095).

Eine Kontrolle des Hepatitis-B-Impftiters erfolgt im Bedarfsfall im Rahmen der Einstellungsuntersuchung. Bei Fragen betreffend des Infektionsschutznachweises wenden Sie sich bitte an die oben angegebene Telefonnummer.

ERFORDERLICHER INFektionSSCHUTZNACHWEIS:			
	Infektionsschutz ausreichend 2 dokumentierte Impfungen oder 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:		
	Dringend empfohlener Infektionsschutz:	Hep. B-Titer	Datum
<input type="radio"/> Hepatitis B (Engerix) <input type="radio"/> Hepatitis A und B (TWINRIX) <input type="radio"/> Hepatitis A	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____ 3. Teilimpfung am _____ Auffrischungen am _____		
<u>Covid-Impfungen:</u>			
<i>Falls noch keine oder eine unvollständige Hepatitis-Grundimmunisierung durchgeführt wurde, können im Büro der Arbeitsmedizin kostenlose Impfungen mit Twinrix und Hepatitis B-Titerbestimmungen 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)