



Sehr geehrte/r Frau/Herr

**NAME, Versicherungsnummer und Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Bei Antritt Ihrer Arbeit 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. Als weitere Voraussetzung muss auch ein Nachweis für die Durchführung einer Covid-19-Impfung erbracht werden.

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).

ERFORDERLICHER INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS:			
<b>COVID-19-Impfungen:</b>		1. Impfung am _____	2. Impfung am _____
Impfstoffname: _____		3. Impfung am _____	
Genesungszertifikat vom : _____			
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>Hep. B-Titer</b>	<b>Datum</b>
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Engerix)	1. Teilimpfung am _____		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A und B (TWINRIX)	2. Teilimpfung am _____		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	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-Titer-bestimmungen</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: \_\_\_\_\_

**Falls Sie noch keine Möglichkeit für eine Covid-19-Impfung hatten, erklären Sie sich bereit, diese ehestmöglich nachzuholen.**

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

**Beilagen:**

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

Verantwortlich:	Betriebsarzt - AMED
Prüfung:	Unterliegt keiner Prüfung
Freigabe:	Unterliegt keiner Freigabe
Anmerkung: Zur sprachlichen Vereinfachung wird die maskuline Form des Substantivs für beide Geschlechter verwendet.	
ACHTUNG: Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst und sind somit möglicherweise nicht aktuell.	