



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 _____<br>2. Teilimpfung am _____ |                     |                     |
| Mumps  | 1. Teilimpfung am _____<br>2. Teilimpfung am _____ |                     |                     |
| Röteln   | 1. Teilimpfung am _____<br>2. Teilimpfung am _____ |                     |                     |
| Varizellen   | 1. Teilimpfung am _____<br>2. Teilimpfung am _____ |                     |                     |
| Pertussis (Diphtherie, Tetanus, Polio)   | Impfstoffname:<br>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.  |                            |