

# Erhebung des Immunstatus bei Tätigkeiten im Kepler Universitätsklinikum

In Kürze beginnen Sie eine Tätigkeit im Kepler Universitätsklinikum. So wie auch andere Beschäftigte im Gesundheitsdienst müssen Sie daher Ihr Infektionsrisiko durch Impfungen minimieren. Zugleich bedeutet ein entsprechender Impfschutz, dass Sie diese Krankheiten nicht an eventuell ungeschützte Patientinnen und Patienten übertragen können. Daher sind laut der "Richtlinie Impfungen für Mitarbeiter/innen" bestimmte Impfungen vorgeschrieben.

## **Das bedeutet für Sie:**

Füllen Sie den „**Nachweis Infektionsschutz**“ sorgfältig aus und lassen Sie diesen von Ihrem **Hausarzt/ Ihrer Hausärztin bestätigen**.

Dieser ist gemeinsam mit einer **Kopie des Impfpasses** an die Arbeitsmedizin in **einem** Mail zu übermitteln:

[Arbeitsmedizin.NMC@kepleruniklinikum.at](mailto:Arbeitsmedizin.NMC@kepleruniklinikum.at)

Die Unterlagen müssen bis spätestens **8 Wochen vor Arbeitsantritt in der Arbeitsmedizin** des Kepler Universitätsklinikums einlangen.

## **Eine Eignung liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:**

### Masern-Mumps-Röteln

2 vollständige Impfungen gegen MMR oder ein positiver Antikörpernachweis gegen diese Krankheiten

→ *kostenlose Impfung, z. B. auf jeder Bezirkshauptmannschaft, oder jedem Magistrat möglich.*

### Varizellen

Eine positive Varizellen Anamnese muss vom Hausarzt bestätigt werden.

→ *Bei fehlender Anamnese ist eine Titerbestimmung durchzuführen und gegebenenfalls sind zwei Varizellen-Impfungen im Abstand von 4 Wochen durchzuführen.*

### Hepatitis B für Hochrisikogruppen nach der Liste der AUVA

Kontrolle des Impfschutzes gegen Hepatitis B und im Bedarfsfall Auffrischung

→ *Kann für Zivildienstler in Zusammenarbeit mit unserer Arbeitsmedizin, nach Dienstantritt und Überprüfung des bestehenden Immunstatus, kostenlos erfolgen.*

## **Folgende Impfungen sind empfohlen:**

Covid-19 (Impfschutz ist erwünscht und im eigenen Interesse sinnvoll)

Hepatitis A (Schutz ist erwünscht bzw. bei Hochrisikogruppe Küche, Pädiatrie dringend empfohlen)

Tetanus – Diphtherie – Poliomyelitis - Pertussis (Impfschutz ist im eigenen Interesse sinnvoll)

Pneumokokken – Meningokokken – FSME Impfung (für Hochrisikogruppen in bestimmten Bereichen)

**Der Nachweis der Eignung muss am 1. Tag Ihrer Tätigkeit in der KUK vorliegen, ansonsten ist diese nicht möglich!**

## Nachweis Infektionsschutz bei Tätigkeiten im Kepler Universitätsklinikum

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen sobald als möglich auszufüllen und mit einer **Kopie des Impfpasses** an die ARBEITSMEDIZIN zu senden.

<b>Name:</b>	<b>SVNR / Geb. Dat.</b>	
	<b>Geplante Tätigkeit:</b>	<b>von:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Abteilung:</b>	<b>bis:</b>
	<b>Kurs/Jahrgang:</b>	
<b>Handy:</b>		
<b>Email privat:</b>	<b>Ausbildungsstätte:</b>	

Verpflichtende Impfnachweise	Impfdatum	Impfempfehlung
<b>Masern – Mumps – Röteln</b> (Zweimalige Impfung erforderlich)	1. Impfung	
	2. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn keine zweimalige Impfung vorliegt, ist eine Titerbestimmung erforderlich	Masern Titer:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Mumps Titer:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Röteln Titer:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Varizellen (Schafblattern)</b>	Nachweislich durchgemacht (Jahr):	
	Titer:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nicht durchgemacht, Titer negativ	1. Impfung	
	2. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

<b>Hepatitis B</b> (Grundimmunisierung mit 3 Impfungen)  Name Impfstoff:	1. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  Nächste fällige Impfung:
	2. Impfung	
	3. Impfung	
	Auffrischung:	
	Titer:	

Empfohlene Impfnachweise	Letztes Impfdatum:	Impfempfehlung
<b>Covid-19</b>  Name Impfstoff:	1. Impfung  2. Impfung  3. Impfung  Auffrischung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Pertussis ( Keuchhusten)</b>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Poliomyelitis ( Kinderlähmung)</b>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Diphtherie</b>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Tetanus</b>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Hepatitis A</b>  Name Impfstoff:	1. Impfung  2. Impfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**Ärztliche Bestätigung:**

Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt eine ausreichende Immunität gegen

- Masern/Mumps/Röteln,**
- Varizellen** und
- Hepatitis B** besteht.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit zu den Angaben zu den freiwilligen Impfnachweisen.

Datum: .....

Unterschrift und Stempel des Arztes: .....