



BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEN BETREUEN WOHNEN
KRITZENDORF

Immunitätsnachweis für Arbeiten im bewohnernahen Bereich

Vor Beginn der Tätigkeit bei PFLEGEN BETREUEN WOHNEN Kritzensdorf für den Mitarbeiter:

Vorname, Nachname, Titel:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Sozialversicherungsnummer (Österreich):
E-Mail-Adresse:	Wohnadresse:

Bei einer Tätigkeit in PFLEGEN BETREUEN WOHNEN Kritzensdorf besteht die Gefahr der Übertragung von infektiösen Erkrankungen wie unter anderem Masern, Mumps, Röteln sowie Varizellen und Hepatitis B. Um einerseits eine Übertragung dieser Erkrankungen auf Bewohner und deren Angehörige zu vermeiden und andererseits auch für den Mitarbeiter selbst einen entsprechenden Schutz zu bieten, ist bei jedem bei uns tätigen Mitarbeiter eine Immunität gegen diese Erkrankungen festzustellen.

Bitte beachten Sie dass Sie ggf. mit der Impfung 6 Wochen vor Beginn Ihrer Tätigkeit im Haus beginnen müssen, damit die Immunisierung rechtzeitig wirksam wird.

Der Immunitätsnachweis (**vollständig ausgefüllt**) ist von einem Arzt Ihres Vertrauens (z. B. Hausarzt) zu bestätigen und **vor Beginn Ihrer Tätigkeit** im Personalbereich abzugeben.

	Datum der Impfung		Letzter Antikörpertiter
Masern (Morbilli)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Mumps (Parotitis epidemica)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Röteln (Rubella)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Windpocken (Varizellen)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Hepatitis B	1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: Auffrischung am:	oder	Titer/Befund: Höhe: Datum:

Hiermit wird bestätigt, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung der erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

Datum: Unterschrift und Stempel Ihres (Haus-)Arztes:



BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEN BETREUEN WOHNEN
KRITZENDORF

Zu Beginn Ihrer Tätigkeit wird der Betriebsarzt diesen Immunitätsnachweiß mit Ihnen besprechen.

Dieses Feld ist vom Betriebsarzt auszufüllen:

Anmerkungen/weiters Procedere:

Datum:

Unterschrift Betriebsarzt

Dieses Feld ist vom Betriebsarzt auszufüllen:

Anmerkungen/weiters Procedere:

Datum:

Unterschrift Betriebsarzt

Dieses Feld ist vom Betriebsarzt auszufüllen:

Anmerkungen/weiters Procedere:

Datum:

Unterschrift Betriebsarzt