

|                                                                                   |                                                                       |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------|
|  | <b>Formular</b>                                                       | <b>Direktion</b> |
|                                                                                   | <b>Immunitätsnachweis zukünftiger Mitarbeiter, Praktikanten, etc.</b> |                  |

**Nachname, Vorname, Titel:** \_\_\_\_\_

**VSNR:** \_\_\_\_\_ **Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

Vor Beginn Ihrer Tätigkeit bei der Gesundheit Burgenland **muss** der vollständige Nachweis der Schutzimpfungen durch eine dokumentierte zweimalige Impfung oder eine Titerbestimmung erbracht werden. Für Hepatitis B sind die Daten der Grundimmunisierung sowie ein Titerwert mit Datum erforderlich.

| <b>Vom behandelnden Arzt auszufüllen</b>                                                                   |                                              |            |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------|-----------------------------------|
|                                                                                                            | <b>Impfdatum</b>                             |            | <b>Titer inkl. Einheit, Datum</b> |
| <b>Röteln</b>                                                                                              | 1. Impfung:                                  | oder       | _____, am _____                   |
|                                                                                                            | 2. Impfung:                                  |            |                                   |
| <b>Masern</b>                                                                                              | 1. Impfung:                                  | oder       | _____, am _____                   |
|                                                                                                            | 2. Impfung:                                  |            |                                   |
| <b>Mumps</b>                                                                                               | 1. Impfung:                                  | oder       | _____, am _____                   |
|                                                                                                            | 2. Impfung:                                  |            |                                   |
| <b>Varizellen</b><br>(Schafblättern, Windpocken)                                                           | 1. Impfung:                                  | oder       | _____, am _____                   |
|                                                                                                            | 2. Impfung:                                  |            |                                   |
| <b>Diphtherie-<br/>Tetanus-<br/>Pertussis-</b><br><small>Achtung GI mit Polio muss gegeben sein!</small>   | Datum der letzten Impfung (mind. < 5 Jahre): | oder       | _____, am _____                   |
|                                                                                                            |                                              |            |                                   |
| <b>Hepatitis B *</b>                                                                                       | Grundimmunisierung:                          | <b>und</b> | _____, am _____                   |
|                                                                                                            | 1.:                                          |            |                                   |
|                                                                                                            | 2.:                                          |            |                                   |
|                                                                                                            | 3.:                                          |            |                                   |
|                                                                                                            | letzte Auffrischung:                         |            |                                   |
| <p>Hiermit wird bestätigt, dass die erforderlichen Impfungen vorliegen bzw. die Immunität gegeben ist.</p> |                                              |            |                                   |
| <p><b>Datum, Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes</b></p>                                      |                                              |            |                                   |

\* Daten zur Grundimmunisierung sind auch bei aktuellem Titer anzugeben!

|                                 |                                          |                    |                             |
|---------------------------------|------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| <b>Autor:</b> TRUMMER Christina | <b>Freigeber:</b> SOMMER-KECKEIS Helene; |                    |                             |
| <b>Erstellt am:</b> 2025.03.06  | <b>Gültig ab:</b> 2025.03.06             | <b>Version:</b> 20 | Seite <b>1</b> von <b>2</b> |

Dieser Nachweis ist **spätestens 1 Monat vor Dienstantritt/Praktikumsantritt dem Personalbüro oder dem Praktikumsverantwortlichen** vorzulegen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich an die Assistenz der Arbeitsmedizin per Telefon: +43 5 7979 30095 von Mo-Fr 09:00 bis 11:00 Uhr.

### Vom zukünftigen Mitarbeiter auszufüllen

Zum Zweck der laufenden Vervollständigung meiner Impfdaten laut Immunitätsnachweis bzw. im Zuge einer Erhebung und Dokumentation des Immunstatus während meines Dienstverhältnisses stimme ich, \_\_\_\_\_ der Abfrage (Verarbeitung) aus dem Impfpass (digitaler eImpfpass über ELGA oder Papierform) durch die Arbeitsmedizin ausdrücklich zu.

Sie sind verpflichtet, für die eigene Sicherheit und Gesundheit sowie für die Sicherheit und Gesundheit von Personen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind, die Verantwortung zu übernehmen und während des aufrechten Dienstverhältnisses die Immunität gegen durch Impfung vermeidbare Krankheiten aufzufrischen und dem Dienstgeber nachzuweisen.

Datum, Unterschrift zukünftiger Mitarbeiter

### Vom Personalbüro bzw. Praktikumsverantwortlichen verpflichtend auszufüllen

☐ Mitarbeiter

☐ Praktikant, Famulant oder Hospitation

Name: \_\_\_\_\_ Datum Dienstantritt: \_\_\_\_\_

Bereich/Station: \_\_\_\_\_ Bereich: ☐ ÄD ☐ PD ☐ KD

Ansprechperson - Name: \_\_\_\_\_  
(Immunitätsnachweis retour an)

### Von der Arbeitsmedizin auszufüllen

| Datum | fehlend | Befund/Information erhalten |
|-------|---------|-----------------------------|
|       |         |                             |
|       |         |                             |

Bei der oben genannten Person besteht zum Zeitpunkt des Dienstantrittes eine Immunität gegen die am Immunitätsnachweis angeführten Erkrankungen.

Datum, Stempel, Unterschrift Arbeitsmediziner

*Auch, wenn aus Gründen der leichten Lesbarkeit nicht alle Geschlechter angeführt sind, richtet sich dieses Dokument an Angehörige der sechs Geschlechter gemäß Erlass des Innenministeriums (männlich, weiblich, divers, inter, offen, keine Angabe).*

|                          |                                   |             |               |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------|---------------|
| Autor: TRUMMER Christina | Freigeber: SOMMER-KECKEIS Helene; |             |               |
| Erstellt am: 2025.03.06  | Gültig ab: 2025.03.06             | Version: 20 | Seite 2 von 2 |