

## Immunitätsnachweis Praktikant\*innen/Kurzzeitbeschäftigte Infektionsschutz-Anforderung bei Tätigkeit in den Steiermärkischen Landeskrankenhäusern, Landespflegezentren und Betrieben der KAGes

Nachname, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:

Vers. Nr.:

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit in der KAGes muß eine Immunität gegen **Masern, Mumps, Röteln** und **Varicellen** (Windpocken, Schafblättern) vorliegen.

	Impfdatum		Titer, Datum	Immunität gegeben
<b>Röteln</b>	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Masern</b>	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Mumps</b>	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Varicellen</b> (Schafblättern, Windpocken)	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Hepatitis B *</b>	1. Impfung:	<b>und</b>	Höhe:	<b>Schutz bis voraussichtlich:</b>
	2. Impfung:		Datum:	
	3. Impfung:			
	letzte Auffrischung:			
<b>Hepatitis A **</b>	1. Impfung:	<b>und</b>	Höhe:	<b>Schutz bis voraussichtlich:</b>
	2. Impfung:		Datum:	
	letzte Auffrischung:			

\* Für Praktikant\*innen und Kurzzeitbeschäftigte in folgenden Bereichen ist es zusätzlich zur nachgewiesenen Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varicellen notwendig, **gegen Hepatitis B geschützt** zu sein:

- Praktikant\*innen/Kurzzeitbeschäftigte im patient\*innennahen Bereich inkl. Stationssekretariat/Transportdienst/Reinigung im Krankenhaus/Medizintechnik
- Müllentsorgung
- Praktikant\*innen/Kurzzeitbeschäftigte des Institutes für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
- Praktikant\*innen/Kurzzeitbeschäftigte des KAGes Textilservices

\*\* Für Praktika/Kurzzeitbeschäftigungen im Küchenbereich gilt zusätzlich zur nachgewiesenen Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varicellen die Immunität gegen **Hepatitis A** als Einstellungs-voraussetzung.

Diese gilt als gegeben, wenn:

- eine Grundimmunisierung gegen Hepatitis A (2 Impfungen im Abstand eines Jahres) innerhalb der letzten 20 Jahre *oder*
- eine begonnene Grundimmunisierung (Einmalimpfung gegen Hepatitis A innerhalb der letzten 11 Monate) vorhanden ist.

**Informationen über weitere Impfungen:**

<b>Pertussis (Keuchhusten)</b>	
<b>Poliomyelitis (Kinderlähmung)</b>	
<b>Diphtherie</b>	
<b>Tetanus</b>	
<b>COVID-19</b>	1. Impfung: Impfstoff/Ch.-B.:
	2. Impfung: Impfstoff/Ch.-B.:
	3. Impfung: Impfstoff/Ch.-B.:
	letzte Auffrischung: Impfstoff/Ch.-B.:
	Genesungszertifikat vom:
<b>Andere</b>	

Datum

Unterschrift und Stempel des\*der behandelnden Arztes\*Ärztin