

Dok. Nr.	Bereich	Dok.Typ.	Dokumententitel
tk_AM007	tk_A	FO	Infektionsschutznachweis (deutsch)
Geltungsbereich:			Alle Bereiche/Häuser der tirol kliniken
Zielgruppe:			Alle tirol kliniken Mitarbeiter:innen Alle Med. Univ. Ibk. (MUI) Mitarbeiter:innen, die in den tirol kliniken tätig sind Alle sonstigen Personen, die in den tirol kliniken tätig sind
Zweck / Ziel:			Dieses Formular dient zum Infektionsschutznachweis und ist Voraussetzung für eine Einstellung, Beschäftigung oder Tätigkeit in den tirol kliniken .

INFEKTIONSSCHUTZNACHWEIS

Zu Ihrem eigenen Schutz und zu dem der Patient:innen ist eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen erforderlich. Ein vollständiger Infektionsschutz liegt nur bei **zwei dokumentierten** Masern/Mumps/Röteln und Varizellen Impfungen bzw. einem **ausreichenden Antikörpertiter** vor!

Dieses Formular sollte wenn möglich 6 Wochen vor Beginn der Tätigkeit der Hausärztin/dem Hausarzt vorgelegt werden, um ggf. notwendige Impfungen nachzuholen.

Für die Beurteilung ist der vollständig ausgefüllte und bestätigte Infektionsschutznachweis an die jeweils zuständige **tirol kliniken** Arbeitsmedizin zu übermitteln (**Labor u. Kopie Impfpass beilegen**).

Die Informationen werden von der Arbeitsmedizin intern dokumentiert, und die Beurteilung an die zuständige Abteilung übermittelt.

1. Daten Bewerber:in / Nachweisbringer:in (bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)	
Vor- und Nachname	
SV-Nr. / Geburtsdatum	
E-Mail-Adresse	
Mobil Nr.	
Standort und Abteilung	
Geplante Tätigkeit (in den tirol kliniken)	

2. Erforderlicher Infektionsschutznachweis (Dieser Teil ist von Ihrer/Ihrem Allgemeinmediziner:in auszufüllen)				
ERREGER	1. Impf-Datum	2. Impf-Datum	Alternativ Antikörpertiter (Datum + Wert od. pos/neg)	Immunität anzunehmen
MASERN				☐ JA ☐ NEIN
MUMPS				☐ JA ☐ NEIN
RÖTELN				☐ JA ☐ NEIN
VARIZELLEN				☐ JA ☐ NEIN
..... Ort, Datum	 Stempel, Unterschrift Ärztin/Arzt			

Druckversion! Es gilt ausschließlich das elektronische Dokument!

Dateiname: tk_AM007_tk_A_FO_Infektionsschutznachweis_deutsch_V1.0

Vorlage erstellt von: tk_AM (HS, SA)

Version: 1.0

Seite: 1 von 2

Gültig bis: 02.12.2028

3. Gewünschter Infektionsschutznachweis	
HEPATITIS B Impfstatus	
Impfung	1. Impfung, am
	2. Impfung, am
	3. Impfung, am
	Letzte Auffrischung, am
Antikörpertiter	Datum: Wert:

4. Empfohlene Impfungen	
Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio	Impfstoffbezeichnung:
	Letzte Impfung am:
Hepatitis A	1. Impfung, am
	2. Impfung, am
	Auffrischung, am
Influenza (saisonal empfohlen)	Letzte Impfung am:

5. Erklärung Bewerber:in / Nachweisbringer:in	
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen, alle Unterlagen (Labor + Kopie des Impfpasses) beigelegt wurden und dass diese Informationen innerhalb der tirol kliniken zur weiteren Bearbeitung verwendet werden dürfen.	
Datum	
	Vorname + Nachname (in BLOCKBUSTABEN)
	
	Unterschrift

Änderungsverzeichnis (Dokumenthistorie)

Rückfragen zu Dokument-Metadaten (Vorversionen, Autor:innen, Prüfung, Freigabe, Änderungen) unter lki.arbeitsmedizin@tirol-kliniken.at