

| Dok. Nr.    | Bereich       | Dok. Typ. | Dokumententitel                 |
|-------------|---------------|-----------|---------------------------------|
| <b>2107</b> | <b>LKI_ÄD</b> | <b>FO</b> | <b>Infektionsschutznachweis</b> |

Als Voraussetzung für Tätigkeiten am A. ö. Landeskrankenhaus (Univ.-Kliniken) Innsbruck.

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

wir ersuchen um Verständnis, dass zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz der Patient:innen eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen vorliegen soll.

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| _____<br>Vor- und Zuname    | _____<br>Versicherungsnummer + Geb.-Datum |
| _____<br>Adresse            | _____<br>E-Mail-Adresse                   |
| _____<br>Mobiltelefonnummer | _____<br>Matrikelnummer (für Studierende) |

### Erforderlicher Infektionsschutznachweis

Dieser Teil ist von Ihrer/Ihrem Allgemeinmediziner:in auszufüllen!

|                     |                     | Datum positiver IgG-Antikörpertiter |       |
|---------------------|---------------------|-------------------------------------|-------|
| <b>Masern</b>       |                     |                                     |       |
| 1. Impf-Datum _____ | 2. Impf-Datum _____ | ODER                                | _____ |
| <b>Mumps</b>        |                     |                                     |       |
| 1. Impf-Datum _____ | 2. Impf-Datum _____ | ODER                                | _____ |
| <b>Röteln</b>       |                     |                                     |       |
| 1. Impf-Datum _____ | 2. Impf-Datum _____ | ODER                                | _____ |
| <b>Varizellen</b>   |                     |                                     |       |
| 1. Impf-Datum _____ | 2. Impf-Datum _____ | ODER                                | _____ |

|                     |   |
|---------------------|---|
| _____<br>Ort, Datum | _____<br>Stempel, Unterschrift Ärztin oder Arzt |
|---------------------|---|

### Gewünschter Infektionsschutz

**Hepatitis B-Impfung**

Die Hepatitis B-Immunitätsabklärung findet über die Arbeitsmedizin statt.

**Saisonale Grippe und weitere Infektionskrankheiten**

Die Durchführung der Impfungen laut Empfehlung des **BMSGPK** schützt Sie und unsere Patient:innen.

Bitte wenden!

## Von der:dem Bewerber:in auszufüllen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen, alle Unterlagen (Labor, sofern vorhanden Kopie Impfpass) beigelegt wurden und dass diese Informationen innerhalb der Tirol Kliniken GmbH zur weiteren Bearbeitung verwendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerber:in

## Administratives

### Einstellung

Für die arbeitsmedizinische Beurteilung im Rahmen der Einstellungsuntersuchung ist das vollständig ausgefüllte Formular so rasch wie möglich der Arbeitsmedizin/Betriebsärztlichen Betreuung zu übermitteln (Labor + Kopie vom Impfpass beilegen). Die Informationen werden von der Arbeitsmedizin intern **dokumentiert** und die Einschätzung an die zuständige Personalabteilung **übermittelt**.

### Praktikum

Spätestens zwei Wochen vor Praktikumsbeginn muss diese Bestätigung der Ärztlichen Direktion bzw. Pflegedirektion als Kopie vorliegen.

### MUI-Studierende

Dieses Formular muss spätestens am Ende des ersten Studienjahres in der Abteilung Lehr- und Studienorganisation abgegeben werden. Eine Kopie für das Krankenhaus ist bei Bedarf mitzubringen (siehe KPJ, Famulatur).

### Pflichtfamulatur

Zur Anmeldung in der zuständigen Personalabteilung muss diese Bestätigung mitgebracht werden.

### KPJ an einem Standort der Tirol Kliniken GmbH

Dieses Formular ist im Zentrum für Ärztliche Ausbildung bei der Unterzeichnung der KPJ-Vereinbarung vorzulegen.