

Dok. Nr.	Bereich	Dok. Typ.	Dokumententitel
2017	LKI	FO	Infektionsschutznachweis

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

Dieses Formular ist von Ihrem/Ihrer AllgemeinmedizinerIn auszufüllen!

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir ersuchen um Verständnis, dass zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz der PatientInnen eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und COVID-19 vorliegen muss.

_____ Vor- und Zuname	_____ Versicherungsnummer + Geb.-Datum
_____ Wohnhaft in	_____ E-Mail-Adresse
_____ Mobiltelefonnummer	_____ Matrikelnummer (für StudentInnen)

Erforderlicher Infektionsschutznachweis

Masern

1. Impf-Datum 2. Impf-Datum **ODER** positiver IgG-Antikörpertiter

Mumps

1. Impf-Datum 2. Impf-Datum **ODER** positiver IgG-Antikörpertiter

Röteln

1. Impf-Datum 2. Impf-Datum **ODER** positiver IgG-Antikörpertiter

Varizellen

1. Impf-Datum 2. Impf-Datum **ODER** positiver IgG-Antikörpertiter

COVID-19

1. Impf-Datum 2. Impf-Datum **ODER** genesen (bitte ankreuzen)
Bitte entsprechende Unterlagen
(PCR-Test, Antikörper-Test,
Absonderungsbescheid)
beibringen.

Bitte wenden!

In bestimmten Bereichen mit immungeschwächten PatientInnen ist außerdem die jährliche Grippeimpfung im Zeitraum von Anfang Oktober bis Ende März erforderlich!

Grippeimpfung ja nein Wenn ja, wann? _____

Hiermit wird bestätigt, dass bei Frau/ Herrn _____ zum Zeitpunkt der Untersuchung am _____ der für die Tätigkeit im patientInnennahen Bereich erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift AllgemeinmedizinerIn

Gewünschter Infektionsschutz

Hepatitis B-Impfung

Die Hepatitis B-Immunitätsabklärung findet bei der Einstellungsuntersuchung statt.

Von der Bewerberin/ Vom Bewerber auszufüllen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Weiters stimme ich zu, dass der Immunitätsstatus an die Tirol Kliniken GmbH weitergegeben werden darf.

Ort, Datum

Unterschrift BewerberIn

Administratives

Einstellung

Im Rahmen der Einstellungsuntersuchung ist das vollständig ausgefüllte Formular der Betriebsärztlichen Betreuung zu übermitteln.

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.