

Tuberkulose

Sollten Sie aus einem der nachfolgend angeführten Länder oder einem sonstigen Tuberkulose-Endemie-Gebiet kommen, ist nachzuweisen, dass zum Zeitpunkt der Zulassung/des Aufenthalts keine Tbc-Infektion besteht. Dies ist bei der*dem bestätigenden Ärztin*Arzt durch die Beibringung des Befundes eines Lungenröntgens (nicht älter als zwei Monate) nachzuweisen.

Afghanistan, Armenien, Aserbaidshan, Äthiopien, Bangladesch, Bulgarien, China, Estland, Georgien, Indien, Indonesien, Kasachstan, Kirgisistan, Kongo, Lettland, Litauen, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Philippinen, Rep. Moldau, Russische Föderation, Südafrika, Tadschikistan, Ukraine, Usbekistan, Vietnam, Weißrussland

Ärztliche Bestätigung (im Bedarfsfall)

Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine Tbc-Infektion besteht.

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes

Verpflichtende Angabe von freiwilligen Impfungen^{1,2}

Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tetanus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ärztliche Bestätigung

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zu den freiwilligen Impfnachweisen.

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes

¹ Die Angabe der Informationen ist verpflichtend, auch wenn die Impfungen für Ihren Aufenthalt nicht verpflichtend vorgeschrieben sind. Freiwillige Impfungen sollten gemäß Ihren nationalen Impfempfehlungen aktualisiert werden.
² Für Hepatitis A wird eine zweimalige Impfung eines Hepatitis A-Impfstoffs (z. B. Havrix 1440, Avaxim, Epaxal) oder drei Dosen einer Hep A/B-Kombination (z. B. Twinrix) empfohlen.

COVID-19 Impfung (mit EMA zugelassenem Impfstoff) ³		
COVID-19 Impfung erhalten	Datum der ersten Teilimpfung:	Datum der zweiten Teilimpfung:
	Datum der dritten Teilimpfung:	Datum der letzten Auffrischungsimpfung bzw. geplanter Termin:
Ärztliche Bestätigung		
<p>Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zur COVID-19 Schutzimpfung.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes</p>		

³<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-authorized>

Erklärung der*des Studierenden/Ärztin*Arztes/Gastes	
<p>Mit Unterfertigung dieses Schreibens</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nehme ich zur Kenntnis, dass ich mangels ärztlichen Nachweises der gemäß der Richtlinie 2000.0100 der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) geforderten Immunitäten für keine Lehrveranstaltungen/Tätigkeiten im klinischen Bereich von Krankenanstalten der KAGes zugelassen werde (inkl. Teilnahme an Lehrveranstaltungen);</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> stimme ich zu, dass die Medizinische Universität Graz sämtliche personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Erbringung der Infektionsschutz-Anforderungen gemäß den Vorgaben des gegenständlichen Formulars zum Zwecke der Überprüfung des Vorliegens der seitens der KAGes-Richtlinie 2000.0100 geforderten Immunitäten bis zum Wegfall dieses Zweckes intern speichert und verarbeitet, wobei diese Zustimmung jederzeit widerrufen werden kann.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nehme ich zur Kenntnis, dass die Medizinische Universität Graz keinerlei Haftung für etwaige Studienzeit- und Forschungszeitverzögerungen sowie Gesundheitsschäden oder andere Schäden übernimmt, die mir oder Dritten aus der Unterlassung der Erbringung der Infektionsschutz-Anforderungen bzw. der Vornahme der Impfungen entstehen. Ich werde die Medizinische Universität Graz betreffend allfälliger, daraus erwachsender Ansprüche Dritter vollkommen schad- und klaglos halten.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift</p>	

Version 2023-06-27