

Infektionsschutz-Anforderungen

für Studierende und Gäste im klinischen Bereich mit Patient*innenkontakt

Familienname(n):	Vorname(n):
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):	Österreichische Sozialversicherungsnummer (falls vorhanden):
Matrikelnummer (falls vorhanden):	Aufnahmeverfahren-Nr. (falls vorhanden):

Verpflichtende Impfnachweise:

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

Die Immunität gegen **Masern**, **Mumps**, **Röteln** und **Varicellen** ist entweder durch zweimalige Impfung oder einen positiven Titer nachzuweisen. Auch bei durchgemachter Varicellen Infektion ist jedenfalls ein positiver Titer nachzuweisen.

Der Schutz gegen **Hepatitis B** ist durch die vollständige Grundimmunisierung (3 Impfungen), ggf. Auffrischungsimpfungen und einen ausreichenden aktuellen Titer nachzuweisen.

Ärztliche Bestätigung:	
Ich, der*die behandelnde Arzt*Ärztin, bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Voraussetzungen für die Tätigkeit im patientennahen Bereich gegeben sind (ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und ausreichender Schutz gegen Hepatitis B).	
_____	_____
Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes

Verpflichtende Angabe von freiwilligen Impfungen:

Die Angabe dieser Informationen ist verpflichtend, auch wenn die Impfungen nicht verpflichtend vorgeschrieben sind. Freiwillige Impfungen sollten gemäß Ihren nationalen Impfempfehlungen aktualisiert werden.

	Impfung vorhanden	Impfdatum	Auffrischung empfohlen
Pertussis* (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Poliomyelitis* (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diphtherie*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tetanus*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis A**	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

* Für die 4-fach Kombination (Pertussis, Poliomyelitis, Diphtherie und Tetanus) wird eine Auffrischung alle 10 Jahre dringend empfohlen!

** 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.

Ärztliche Bestätigung:
<p>Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zu den freiwilligen Impfnachweisen.</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>

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

Erklärung der*des Studierenden:

Mit Unterfertigung dieses Schreibens

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);

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.

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.

Datum

Unterschrift der*des Studierenden