**Infektionsschutz-Anforderung**

**bei Tätigkeit in den Salzburger Landeskliniken**

für kurzzeitig Beschäftigte im patientennahen Bereich (Praktikanten, Famulanten, Gastärzte, u.ä)

Nachname, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:       Vers. Nr.:

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit soll eine Immunität gegen Röteln, Masern, Mumps, und Schafblattern entweder durch eine nachgewiesene **zweimalige** **Impfung** oder einen **positiven** **Antikörpertiter** (Laborbefund) vorliegen. Durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Impfdatum |  Titer Datum |
| Röteln | 1. Impfung      2. Impfung        |              |
| Masern | 1. Impfung      2. Impfung        |              |
| Mumps(epidemischeParotitis) | 1. Impfung      2. Impfung        |              |
| Varicellen (Schafblattern) | 1. Impfung      2. Impfung        |              |
| **Es besteht die Möglichkeit, die Titerbestimmungen zu einem Sonderpreis von 8,--€ pro Titer im Universitätsinstitut für Medizinisch Chemische Labordiagnostik (Zentrallabor des Landeskrankenhauses) durchführen zu lassen. Bringen Sie dafür Ihre schriftliche Arbeits- oder Praktikumszusage mit.** |

andere Impfungen bitte mit Datum bekanntgeben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Impfdatum |  |
| Hepatitis B  | 1. Impfung      2. Impfung      3. Impfung      Auffrischungen       | letzter quantitativer Titer: Höhe:       Datum:       |
| Pertussis (Keuchhusten) |       |  |
| Poliomyelitis (Kinderlähmung) |       |  |
| Diphtherie |       |  |
| Tetanus |       |  |
| Hepatitis A |       |  |
| Andere |       |  |

Haben/hatten Sie eine Hepatitis C Erkrankung [ ]  ja [ ]  nein

Es wird hiermit der geforderte Impfschutz oder Antikörpertiter bestätigt:

Datum:       Unterschrift und Stempel des Arztes: