

**IMMUNITÄTSNACHWEIS**  
für Beschäftigte im patientennahen Bereich

**Infektionsschutz-Anforderung bei Tätigkeiten in den Einrichtungen (Unfallkrankenhäusern, Rehabilitationszentren) der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt**

Nachname, Vorname, Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit muss eine Immunität gegen **Masern, Mumps, Röteln** und **Varicellen** (Windpocken, Schafblattern) entweder durch eine nachgewiesene **zweimalige Impfung** oder einen **positiven Antikörpertiter** vorliegen.

	Impfdatum	Titer	Datum
<b>Röteln</b>	1. Impfung 2. Impfung		
<b>Masern</b>	1. Impfung 2. Impfung		
<b>Mumps</b>	1. Impfung 2. Impfung		
<b>Varicellen</b> (Windpocken, Schafblattern)	1. Impfung 2. Impfung		

Weiters ist es im patientennahen Bereich notwendig, gegen Hepatitis B geschützt zu sein.

	Impfdatum	Datum HBs AK-Titer
<b>Hepatitis B</b>	1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung	Letzter quantitativer Titer:
	Auffrischungen • • •	Höhe:

Ich, die/der behandelnde Ärztin/Arzt, **bestätige mit meiner Unterschrift**, dass die Voraussetzungen für Tätigkeiten im patientennahen Bereich gegeben sind (**ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varicellen und eine zumindest begonnene Hepatitis B Immunisierung**)

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_