

IMMUNITÄTSNACHWEIS

für Beschäftigte im patientenfernen Bereich

Infektionsschutz-Anforderungen 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
Röteln	1. Impfung 2. Impfung		
Masern	1. Impfung 2. Impfung		
Mumps	1. Impfung 2. Impfung		
Varicellen (Windpocken, Schafblattern)	1. Impfung 2. Impfung		

Ich, die/der behandelnde Ärztin/Arzt, **bestätige mit meiner Unterschrift**, dass die Voraussetzungen für Tätigkeiten im patientenfernen Bereich gegeben sind (**ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varicellen**).

Datum _____

Unterschrift und Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arzt _____