

Dok. Nr.	Bereich	Dok. Typ	Titel
0001	HN-ÄD	FO	Infektionsschutznachweis

Infektionsschutznachweis

als Voraussetzung für alle Tätigkeitsbereiche am ö. Landeskrankenhaus Hochzirl – Natters.

Dieses Formblatt ist von Ihrer Allgemeinmedizinerin : Ihrem Allgemeinmediziner auszufüllen!

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir ersuchen um Verständnis, dass zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz der Patient:innen eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen vorliegen muss.

Vor- und Zuname

Versicherungsnummer + Geb.-Datum

Wohnhaft in

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Matrikelnummer (für Studierende)

Erforderlicher Infektionsschutznachweis

Masern

1. Impf-Datum _____ 2. Impf-Datum _____ **ODER** positiver IgG-Antikörpertiter _____

Mumps

1. Impf-Datum _____ 2. Impf-Datum _____ **ODER** positiver IgG-Antikörpertiter _____

Röteln

1. Impf-Datum _____ 2. Impf-Datum _____ **ODER** positiver IgG-Antikörpertiter _____

Varizellen

1. Impf-Datum _____ 2. Impf-Datum _____ **ODER** positiver IgG-Antikörpertiter _____

In bestimmten Bereichen mit immungeschwächten Patient:innen ist außerdem die jährliche Grippeimpfung im Zeitraum von Anfang Oktober bis Ende März erforderlich!

Grippeimpfung ja nein Wenn ja, wann? _____

Hiermit wird bestätigt, dass bei Frau : Herrn _____ zum Zeitpunkt der Untersuchung am _____ der für die Tätigkeit im patient:innennahen Bereich erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

Ort, Datum

X

Stempel und Unterschrift Allgemeinmediziner:in

Gewünschter Infektionsschutz

Hepatitis B-Impfung

Die Hepatitis B-Immunitätsabklärung findet bei der Einstellungsuntersuchung statt.

Bestätigung der bewerbenden Person

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Weiters stimme ich zu, dass der Immunitätsstatus an die Tirol Kliniken GmbH weitergegeben werden darf.

Ort, Datum

X

Unterschrift Bewerber:in

Administratives

Einstellung

Im Rahmen der Einstellungsuntersuchung ist das vollständig ausgefüllte Formular der Betriebsärztlichen Betreuung zu übermitteln.

Termine zur Einstellungsuntersuchung können von Montag bis Freitag in der Zeit von 7.30 – 12.00 Uhr telefonisch oder per E-Mail vereinbart werden.
Telefon: 050 504-220 13 oder E-Mail: lki.arbeitsmedizin@tirol-kliniken.at

Praktikum/ Schnupperpraktikum für Bewerber:innen

Spätestens zwei Wochen vor Praktikumsbeginn muss diese Bestätigung der Ärztlichen Direktion bzw. Pflegedirektion als Kopie vorliegen.

MUI-Studierende

Dieses Formular muss spätestens am Ende des ersten Studienjahres in der Abteilung Lehr- und Studienorganisation abgegeben werden. Eine Kopie für das Krankenhaus ist bei Bedarf mitzubringen (siehe KPJ, Famulatur).

Pflichtfamulatur

Zur Anmeldung in der zuständigen Personalabteilung muss diese Bestätigung mitgebracht werden.

KPJ an einem Standort der Tirol Kliniken GmbH

Dieses Formular ist im Zentrum für ärztliche Ausbildung bei der Unterzeichnung der KPJ-Vereinbarung vorzulegen.

Sitzwache

Im Vorfeld muss der Pflegedirektion diese Bestätigung als Kopie vorliegen.