



**Nachweis-Infektionsschutz bei Tätigkeiten in der
Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz**

Für kurzfristig Beschäftigte im patientennahen Bereich (Famulanten, KPJ, Gastärzte, Praktikanten, u.a.)

Name, Vorname, Titel:.....

Geburtsdatum:..... Vers.-Nr.:.....

		Impfdatum	Titer	Datum
Röteln		1. Impfung 2. Impfung		
Masern		1. Impfung 2. Impfung		
Mumps (epidem. Paroditis)		1. Impfung 2. Impfung		
Varizellen (Schafblattern)		Durchgemacht- oder 1. Impfung 2. Impfung		
Hepatitis B- Engerix	1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung Auffrischungen	Hepatitis AB- Twinrix	1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung Auffrischungen	Letzter quantitativer Titer:

Andere Impfungen bitte mit Datum bekanntgeben:

	Impfdatum	Impfdatum
Pertussis (Keuchhusten)		
Poliomyelitis (Kinderlähmung)		
Diphtherie		
Tetanus		
Hepatitis A	1. Impfung 2. Impfung	
Andere		

Haben/ Hatten sie eine Hepatitis C Erkrankung: 0 ja 0 nein

Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes: