

Infektionsschutz-Anforderungen für Studierende der Studienrichtungen Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflegewissenschaft

| | |
|--|---|
| Matrikelnummer / Aufnahmeverfahren-Nr. | Österr. Vers.Nr. (falls vorhanden) / Geb. Datum |
| Familienname: | Vorname: |

Bei Antritt Ihres Studiums der Humanmedizin, Zahnmedizin oder Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz soll eine Immunität gegen unten angeführte Infektionserkrankungen entweder durch einen ausreichenden Impfschutz oder einen positiven Antikörpertiter nachgewiesen werden:

Verpflichtende Impfnachweise:

Masern/Mumps/Röteln:

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Zweimalige Impfung nachgewiesen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der ersten Impfung: | Datum der zweiten Impfung: |
| (wenn keine 2x MMR) Masern Titerbestimmung | Titer: | Vom: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mumps Titerbestimmung | Titer: | Vom: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Röteln Titerbestimmung | Titer: | Vom: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Varizellen

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Zweimalige Impfung nachgewiesen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der ersten Impfung: | Datum der zweiten Impfung: |
| (wenn keine 2x Impfungen Varizellen Titerbestimmung | Titer: | Vom: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hep.B

| | | | |
|----------------------------|---------------------------|--|--|
| Grundimmunisierung | Datum der ersten Impfung: | Datum der zweiten Impfung: | Datum der dritten Impfung: |
| Hep.B - Titerbestimmung | Titer: | Vom: Nächste fällige Auffrischungsimpfung: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Ärztliche Bestätigung:

Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt eine ausreichende Immunität gegen alle oben angeführten Infektionskrankheiten besteht.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Tuberkulose:

Sollten Sie aus einem der nachfolgend angeführten **Länder*** oder einem **sonstigen Tuberkulose-Endemie-Gebiet** kommen, ist nachzuweisen, dass zum Zeitpunkt der Zulassung keine Tbc-Infektion besteht. Dies ist **beim bestätigenden Arzt/der Ärztin** durch die Beibringung des Befundes eines Lungenröntgens (**nicht älter als zwei Monate**) nachzuweisen.

*Afghanistan, Armenien, Aserbaidshan, Äthiopien, Bangladesch, Bulgarien, China, Estland, Georgien, Indien, Indonesien, Kasachstan, Kirgisistan, Kongo, Lettland, Litauen, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Philippinen, Rep. Moldau, Russische Föderation, Südafrika, Tadschikistan, Ukraine, Usbekistan, Vietnam, Weißrussland.

| Ärztliche Bestätigung: im Bedarfsfall | |
|--|--|
| Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine Tbc-Infektion besteht. | |
| _____ | _____ |
| Datum | Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin |

Freiwillige Impfnachweise:

| | | |
|--|--|--|
| Pertussis (Keuchhusten) | letztes Impfdatum: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Poliomyelitis (Kinderlähmung) | letztes Impfdatum: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diphtherie | letztes Impfdatum: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tetanus | letztes Impfdatum: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis A <small>(* bei Havrix 2 Teilimpfungen, Twinrix 3 Teilimpfungen)</small> | 1. Teilimpfung: 2. Teilimpfung: 3. Teilimpfung*: | Impfempfehlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| Ärztliche Bestätigung: | |
|---|--|
| Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zu den freiwilligen Impfnachweisen. | |
| _____ | _____ |
| Datum | Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin |

ACHTEN SIE BITTE DARAUF, DASS DIE JEWEILIGEN ARZTSTEMPEL DEUTLICH, VOLLSTÄNDIG UND IN LATEINISCHER SCHRIFT ANGEBRACHT SIND.

Wir empfehlen Ihnen, die geforderten Nachweise von einem zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Mediziner/einer Medizinerin aus Deutschland oder Österreich beizubringen.

Erklärung der/des Studierenden:

Die Medizinische Universität Graz weist darauf hin, dass mangels ärztlichen Nachweises der gemäß der Richtlinie 2000.0100 der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) geforderten Immunitäten die/der Studierende nicht zur Teilnahme an Lehrveranstaltungen im klinischen Bereich von Krankenanstalten der KAGes zugelassen wird.

Mit Unterfertigung dieses Schreibens

stimmt die/der Studierende zu, dass die Medizinische Universität Graz sämtliche personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Erbringung des Immunitätsnachweises gemäß dem gegenständlichen Formular zum Zwecke der Überprüfung des Vorliegens der seitens der KAGes-Richtlinie 2000.0100 geforderten Immunitäten bis zum Wegfall dieses Zweckes intern speichert und verarbeitet, wobei diese Zustimmung jederzeit widerrufen werden kann;

nimmt die/der Studierende zur Kenntnis, dass die Medizinische Universität Graz keinerlei Haftung für etwaige Studienzeitverzögerungen sowie gesundheitliche oder sonstige Schäden der/des Studierenden oder Dritter übernimmt, die aus der Unterlassung der Erbringung des Immunitätsnachweises bzw. der Vornahme von Impfungen durch die/den Studierenden resultieren. Die/der Studierende hält die Medizinische Universität Graz betreffend allfällige, daraus erwachsende Ansprüche Dritter vollkommen schad- und klaglos.

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Studierenden