

Infektionsschutz-Anforderungen

für Studierende und Gäste im klinischen Bereich mit Patient*innenkontakt

Familienname(n):	Vorname(n):
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):	Österreichische Sozialversicherungsnummer (falls vorhanden):
Matrikelnummer (falls vorhanden):	Aufnahmeverfahren-Nr. (falls vorhanden):

Verpflichtende Impfnachweise:

	Impfdatum		Titer, Datum	Immunität gegeben
Masern	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
Mumps	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
Röteln	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
Varicellen (Schafblattern, Windpocken)	1. Impfung:	oder	Höhe:	<input type="checkbox"/> Ja
	2. Impfung:		Datum:	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis B	1. Impfung:	<u>und</u>	Höhe: Datum: Schutz bis voraussichtlich:	
	2. Impfung:			
	3. Impfung:			
	Letzte Auffrischung:			

Die Immunität gegen **Masern**, **Mumps**, **Röteln** und **Varicellen** ist entweder durch zweimalige Impfung oder einen positiven Titer nachzuweisen. Auch bei durchgemachter Varicellen Infektion ist jedenfalls ein positiver Titer nachzuweisen.

Der Schutz gegen **Hepatitis B** ist durch die vollständige Grundimmunisierung (3 Impfungen), ggf. Auffrischungsimpfungen und einen ausreichenden aktuellen Titer nachzuweisen.

Ärztliche Bestätigung:	
Ich, der*die behandelnde Arzt*Ärztin, bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Voraussetzungen für die Tätigkeit im patientennahen Bereich gegeben sind (ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und ausreichender Schutz gegen Hepatitis B).	
_____	_____
Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes

Verpflichtende Angabe von freiwilligen Impfungen:

Die Angabe dieser Informationen ist verpflichtend, auch wenn die Impfungen nicht verpflichtend vorgeschrieben sind. Freiwillige Impfungen sollten gemäß Ihren nationalen Impfempfehlungen aktualisiert werden.

	Impfung vorhanden	Impfdatum	Auffrischung empfohlen
Pertussis* (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Poliomyelitis* (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diphtherie*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tetanus*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis A**	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

* Für die 4-fach Kombination (Pertussis, Poliomyelitis, Diphtherie und Tetanus) wird eine Auffrischung aktuell alle 5 Jahre dringend empfohlen!

** Für Hepatitis A wird eine zweimalige Impfung eines Hepatitis A-Impfstoffs (z. B. Havrix 1440, Avaxim, Epaxal) oder drei Dosen einer Hep A/B-Kombination (z. B. Twinrix) empfohlen.

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

Erklärung der*des Studierenden:

Mit Unterfertigung dieses Schreibens

- nehme ich zur Kenntnis, dass ich mangels ärztlichen Nachweises gemäß der Richtlinie 2000.0100 der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) geforderten Immunitäten für keine Lehrveranstaltungen/Tätigkeiten im klinischen Bereich von Krankenanstalten der KAGes zugelassen werde (inkl. Teilnahme an Lehrveranstaltungen);
- stimme ich zu, dass die Medizinische Universität Graz sämtliche personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Erbringung der Infektionsschutz-Anforderungen gemäß den Vorgaben des gegenständlichen Formulars 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.
- nehme ich zur Kenntnis, dass die Medizinische Universität Graz keinerlei Haftung für etwaige Studienzeit- und Forschungszeitverzögerungen sowie Gesundheitsschäden oder andere Schäden übernimmt, die mir oder Dritten aus der Unterlassung der Erbringung der Infektionsschutz-Anforderungen bzw. der Vornahme der Impfungen entstehen. Ich werde die Medizinische Universität Graz betreffend allfälliger, daraus erwachsender Ansprüche Dritter vollkommen schad- und klaglos halten.

Datum

Unterschrift der*des Studierenden