

Infektionsschutz-Anforderungen

| | |
|-----------------------------------|--|
| Familienname(n): | Vorname(n): |
| Geburtsdatum (tt.mm.jjjj): | Österreichische Sozialversicherungsnummer (falls vorhanden): |
| Matrikelnummer (falls vorhanden): | Aufnahmeverfahren-Nr. (falls vorhanden): |

Zu Beginn Ihres Studiums/Aufenthaltes an der Medizinischen Universität Graz müssen Sie zu Ihrem Schutz und zum Schutz der Patient*innen gegen die unten genannten Infektionskrankheiten immun sein. Ihre Immunität muss entweder durch Impfung (Immunisierung) oder durch eine positive Titerbestimmung nachgewiesen werden. Das Formular muss von einer Ärztin* einem Arzt auf den Seiten 1 und 2 unterschrieben werden. Die „Erklärung“ auf Formular 3 muss von Ihnen unterschrieben werden.

Verpflichtende Impfnachweise

Masern/Mumps/Röteln (MMR)

| | | | |
|--|---|----------------------------|---|
| MMR Impfung | Zweimalige Impfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der ersten Impfung: | Datum der zweiten Impfung: |
| Falls nicht zweimalig geimpft, müssen die Titer bestimmt werden: | | | |
| Masern | Titer: | Datum der Titerbestimmung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mumps | Titer: | Datum der Titerbestimmung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Röteln | Titer: | Datum der Titerbestimmung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Varicella (VZV) (verpflichtend, auch wenn Sie die Krankheit bereits durchgemacht haben)

| | | | |
|--|--|----------------------------|---|
| VZV Impfung | Zweimalige Impfung nachgewiesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der ersten Impfung: | Datum der zweiten Impfung: |
| Falls nicht zweimalig geimpft, muss der Titer bestimmt werden: | | | |
| Varicella | Titer: | Datum der Titerbestimmung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hepatitis B (Datum der Impfung, Titerbestimmung und Auffrischungsimpfung verpflichtend)

| | | | |
|---------------|---------------------------|--|---|
| Hep B Impfung | Datum der ersten Impfung: | Datum der zweiten Impfung: | Datum der dritten Impfung: |
| Hep B Titer | Titer: | Datum der Titerbestimmung: 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 der Ärztin*des Arztes

Tuberkulose

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

**Afghanistan, Armenien, Aserbaidschan, 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 der Ärztin*des Arztes |

Verpflichtende Angabe von freiwilligen Impfungen

| | | | |
|--------------------------------|--|----------------------------|---|
| Pertussis (Keuchhusten)* | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der letzten Impfung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Poliomyelitis (Kinderlähmung)* | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der letzten Impfung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diphtherie* | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der letzten Impfung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tetanus* | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der letzten Impfung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis A** | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Datum der letzten Impfung: | Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

COVID-19

| | | | |
|--|--|---------------------------|---|
| Impfstoff: <input type="checkbox"/> Comirnaty (BioNTech) <input type="checkbox"/> Spikevax (Moderna) <input type="checkbox"/> Vaxzevria (AstraZeneca) | <input type="checkbox"/> BBIBP-CorV (Sinopharm) <input type="checkbox"/> CoronaVac (Sinovac) <input type="checkbox"/> Weitere: | Datum der ersten Impfung: | Datum der zweiten Impfung: |
| Impfstoff: <input type="checkbox"/> Janssen (Janssen-Cilag (Johnson & Johnson)) | | Datum der Impfung: | |
| Wenn kein vollständiger Impfschutz gegeben ist: Test zum Nachweis neutralisierender Antikörper | | Datum des Tests: | Antikörper vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

* Freiwillige Impfungen sollten gemäß Ihren nationalen Impfempfehlungen aktualisiert werden. Die Angabe der Informationen ist verpflichtend, auch wenn die Impfungen für Ihren Aufenthalt nicht verpflichtend nachgewiesen werden müssen.

** 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/Ärztin*Arztes/Gastes:

Mit Unterfertigung dieses Schreibens

nehme ich zur Kenntnis, dass ich mangels ärztlichen Nachweises der 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