

## 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):

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, 2 und 3 unterschrieben werden. Die „Erklärung“ auf Seite 3 muss von Ihnen unterschrieben werden.

### Verpflichtende Impfnachweise

<b>Masern/Mumps/Röteln (MMR)</b>			
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
<b>Varizellen (VZV)</b>			
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:			
Titer:		Datum der Titerbestimmung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Hepatitis B (Datum aller Impfungen, Titerbestimmung und Auffrischungsempfehlung verpflichtend)</b>			
Hep B Impfung	Datum der ersten Impfung:	Datum der zweiten Impfung:	Datum der dritten Impfung:
Titer:	Datum der Titerbestimmung:	Nächste fällige Auffrischungsimpfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ärztliche Bestätigung</b>			
<p>Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt eine ausreichende Immunität gegen alle oben angeführten Infektionskrankheiten besteht.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes</p>			

COVID-19 Impfung (mit EMA zugelassenem Impfstoff) <sup>1</sup>		
COVID-19 Impfung erhalten	Datum der ersten Teilimpfung:	Datum der zweiten Teilimpfung bzw. geplanter Termin:
	Datum der dritten Teilimpfung/letzten Auffrischungsimpfung bzw. geplanter Termin:	
Bislang keine COVID-19 Impfung erhalten	Nachweis einer überstandenen SARS-CoV-2 Infektion (molekularbiologisch bestätigt)	Nachweis der geringen epidemiologischen Gefahr gültig bis <sup>2</sup> :
	Erste und zweite Teilimpfung wird innerhalb von 3 Monaten nachgeholt.	Nachweis wird nachgereicht bis:
	Impfung aus medizinischen Gründen nicht möglich. Eine ärztliche Bestätigung liegt bei.	
Ärztliche Bestätigung		
Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zur COVID-19 Schutzimpfung.		
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p>		
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes</p>		

<sup>1</sup><https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-authorized>

<sup>2</sup>Nach Ablauf der Gültigkeit muss die Impfung innerhalb von 3 Monaten nachgeholt werden.

Tuberkulose	
<p>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.</p> <p><i>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</i></p>	
Ärztliche Bestätigung (im Bedarfsfall)	
Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine Tbc-Infektion besteht.	
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p>	
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes</p>	

**Verpflichtende Angabe von freiwilligen Impfungen<sup>4,5</sup>**

Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfeempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfeempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfeempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tetanus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfeempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfeempfehlung: <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 der Ärztin\*des Arztes

<sup>4</sup> Die Angabe der Informationen ist verpflichtend, auch wenn die Impfungen für Ihren Aufenthalt nicht verpflichtend vorgeschrieben sind. Freiwillige Impfungen sollten gemäß Ihren nationalen Impfeempfehlungen aktualisiert werden.

<sup>5</sup> 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.

**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