



## Infektionsschutz-Anforderung

Nachname, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Immunitätsnachweis für die Aufnahme in eine Gesundheitsausbildung an der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien.

	Impfdatum*	Titer*	Datum
Diphtherie			
Poliomyelitis			
Pertussis			
Masern	1. Impfung: 2. Impfung:		
Mumps	1. Impfung: 2. Impfung:		
Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:		
Varizellen	1. Impfung: 2. Impfung:		
Hepatitis B	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:**		

\* Der Nachweis der Immunität kann entweder durch Bestätigung der erforderlichen Impfungen oder durch einen positiven Antikörpertiter erfolgen. Es muss also in jeder Zeile die linke oder die rechte Spalte befüllt sein.

\*\* Bei kürzlich begonnener Grundimmunisierung gegen Hepatitis B sind zwei Impfungen ausreichend. Der Nachweis der 3. Impfung kann binnen 6 Monaten nachgereicht werden.

Ich bestätige die Immunität bzw. die aufrechte Immunisierung gegen die oben genannten Erkrankungen.

Attestierende(r) Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben: \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_