

## Medical Certificate

Vienna Hospital Association (KAV)  
 Directorate General  
 www.wienkav.at

Name:

Date of birth:

Social insurance number:

### Immunity certificate for health professionals in the Vienna Hospital Association (KAV)

Vaccinations are an important protective measure for hospital staff who come into contact with infectious patients. In addition, patients also have the right to be protected from avoidable risks.

**Important: Only certificates that have been filled out completely can be accepted!**

	Date of vaccination*	Titer*	Date
Diphtheria			
Poliomyelitis			
Whooping cough			
Measles	1st vaccination: 2nd vaccination:		
Mumps	1st vaccination: 2nd vaccination:		
Rubella	1st vaccination: 2nd vaccination:		
Varicella	1st vaccination: 2nd vaccination:		
Hepatitis B	1st vaccination: 2nd vaccination: 3rd vaccination: **		

Please use the German version!

\* Verification of immunity can be based either on confirmation of the necessary vaccinations or by a positive antibody titer. In each row, either the left or the right column must therefore be filled out.

\*\* If basic immunisation against hepatitis B has started recently, two vaccinations are sufficient. Evidence of the 3rd vaccination can be submitted within 6 months.

I certify that this person has immunity or has been properly immunised against the above-mentioned diseases.

Certifying doctor in block capitals:

Signature and stamp:

Date:

## Ärztliches Attest

Name: \_\_\_\_\_

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

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



Wiener Krankenanstaltenverbund  
Generaldirektion  
www.wienkav.at

### Immunitätsnachweis für Angehörige der Gesundheitsberufe im Wiener KAV

Impfungen sind zum einen ein wichtiger Schutz für Krankenhaus-MitarbeiterInnen, die mit infektiösen PatientInnen in Berührung kommen. Zum anderen haben aber auch die PatientInnen ein Recht darauf, vor vermeidbaren Gefährdungen geschützt zu werden.

Wichtig: Es können nur vollständig ausgefüllte Atteste berücksichtigt werden!

	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: \_\_\_\_\_