



# IMPf- und IMMUNITÄTSNACHWEIS

vor Beginn der Anstellung/Tätigkeit an der Medizinischen Universität Wien im klinischen Bereich für  
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

(\* verpflichtende Angabe)

Nachname*, Vorname*, Titel:	Geburtsdatum*:
Telefonnummer:	Sozialversicherungsnummer* (Österreich):
E-Mail-Adresse*:	Wohnadresse:

	Datum der Impfung		Letzter Antikörpertiter
<b>MMR</b> <b>Masern, Mumps,</b> <b>Röteln</b>	1. Impfung am:  2. Impfung am:	oder	Titer/Befund:  Datum:
<b>Diphtherie, Tetanus,</b> <b>Pertussis, Polio</b>	Grundimmunisierung erfolgt ja / nein  Wenn ja, letzte Auffrischung am:	oder	Titer/Befund:  Datum:
<b>Windpocken</b> <b>(Varizellen)</b>	1. Impfung am:  2. Impfung am:	oder	Titer/Befund:  Datum:
<b>Hepatitis B bzw.</b> <b>Hepatitis A/B (Kombi)</b>	1. Impfung am:  2. Impfung am:  3. Impfung am:  Letzte Auffrischung am:  <small>Anmerkung: Bei kürzlich begonnener Grundimmunisierung gegen Hepatitis B sind 2 Impfungen ausreichend; Nachweis der 3. Impfung kann binnen 6 Monaten nachgereicht werden</small>	oder	Titer/Befund:  Datum:
<b>Meningokokken ACWY</b>	Impfung am:		
<b>Meningokokken B</b>	1. Impfung am:  2. Impfung am:		

Hiermit wird bestätigt, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung die erforderlichen Impfungen vorliegen bzw. Immunität laut Empfehlungen des Österreichischen Impfplans<sup>1</sup> gegeben ist.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift und Stempel<sup>2</sup>**

**des/der attestierenden (Haus-)Arztes/Ärztin<sup>3</sup>:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Impfeempfehlungen für Gesundheitspersonal: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html>

<sup>2</sup> Attestgültigkeit: 6 Monate

<sup>3</sup> bevorzugt: Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin, Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin/Pädiatrie/Spezifische Prophylaxe