

## Immunitätsnachweis für Praktikant\*innen in Gesundheitsberufen

Studierende/r:	Vorname u. Nachname (Blockschrift):	Versicherungsnummer u. Geburtsdatum:
Bezeichnung des Studien-/Lehrgangs (Blockschrift):		

**Die/der Studierende hat ihren/seinen Impfstatus durch eine Ärztin/einen Arzt erheben zu lassen und den ausreichenden Impfschutz (Grundimmunisierung oder positiver Antikörper-Titer) gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Hepatitis A und B und Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio im Rahmen der Berufspraktika mit folgendem Formular (Seite 1 bis 3 inkl. dem Formblatt der LGA) nachzuweisen. Die Umsetzung jeglicher Immunisierungen liegt in der Eigenverantwortung der/des Studierenden.**

			Impfdatum (Tag/Monat/Jahr)	Titer	Datum (Tag/Monat/Jahr)
<b>Masern</b>	2-malige Impfung	<input type="checkbox"/> Ja	1. Impfung:		
		<input type="checkbox"/> nein	2. Impfung:		
<b>Mumps</b>	2-malige Impfung	<input type="checkbox"/> Ja	1. Impfung:		
		<input type="checkbox"/> nein	2. Impfung:		
<b>Röteln</b>	2-malige Impfung	<input type="checkbox"/> Ja	1. Impfung:		
		<input type="checkbox"/> nein	2. Impfung:		
<b>Varizellen</b> <small>Eine durchgemachte Erkrankung gilt NICHT als Immunitätsnachweis!</small>	2-malige Impfung	<input type="checkbox"/> Ja	1. Impfung:		
		<input type="checkbox"/> nein	2. Impfung:		
ANMERKUNG:					

Die Immunität gegen Hepatitis A gilt als gegeben, wenn eine Grundimmunisierung gegen Hepatitis A (mind. 2 Impfungen) UND/ODER eine Titerbestimmung gegeben sind.

Hepatitis A	Grundimmunisierung (Tag/Monat/Jahr)	Auffrischungsimpfungen (Tag/Monat/Jahr)	Hepatitis A Titer	Titer Datum (Tag/Monat/Jahr)
* Reine Hepatitis A-Impfstoffe 2 Teilimpfungen	1. Teilimpfung:			
	2. Teilimpfung:			
	3. Teilimpfung*:			
Kombinierte Hepatitis A-B Impfstoffe 3 Teilimpfungen				
ANMERKUNG:				

Hepatitis B	Grundimmunisierung (Tag/Monat/Jahr)	Auffrischungsimpfungen (Tag/Monat/Jahr)	Hepatitis B Titer	Datum (Tag/Monat/Jahr)
	1. Teilimpfung:			
	2. Teilimpfung:			
	3. Teilimpfung:			
ANMERKUNG:				

<b>Diphtherie- Tetanus- Pertussis- Polio</b>	<b>Grundimmunisierung (Tag/Monat/Jahr)</b>	<b>Auffrischungsimpfung (Tag/Monat/Jahr)</b>
	1. Teilimpfung:	
	2. Teilimpfung:	
	3. Teilimpfung:	
ANMERKUNG:		

**SPEZIELLE EMPFEHLUNG:**

Für Tätigkeiten in besonders sensiblen Bereichen (beispielsweise Pädiatrie, Geriatrie, Infektionsabteilungen, Labor, ICU, usw.) sind gemäß Empfehlungen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ergänzende Impfungen bzw. Immunitätsnachweise erforderlich.

Liegen folgende Impfungen nicht vor, können bestimmte Praktika eventuell nicht absolviert werden und die praktische Ausbildung kann sich verzögern bzw. ggf. auch nicht abgeschlossen werden. Die Umsetzung jeglicher Immunisierungen liegt in der Eigenverantwortung der/des Studierenden.

<b>COVID-19</b>	<b>Grundimmunisierung (Tag/Monat/Jahr)</b>	<b>Auffrischungsimpfung (Tag/Monat/Jahr)</b>
	1. Teilimpfung:	
	2. Teilimpfung:	
	3. Teilimpfung:	
<b>Genesen ab (Tag/Monat/Jahr):</b>		
ANMERKUNG:		

<b>Meningokokken (ACWY und B) – Immunisierung (Tag/Monat/Jahr)</b>
ANMERKUNG:

<p>Die/der Ärztin/Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass eine Immunisierung bzw. eine ausreichende Immunität gegen <b>Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio und eine zumindest begonnene Hepatitis A und B-Immunisierung</b> vorliegt und die Voraussetzungen für eine Tätigkeit im patientennahen Bereich gegeben ist. Außerdem ist zu erheben, ob eine Meningokokken-Impfung (ACWY und B) und Covid-19 Impfung vorliegt.</p>	<p>_____, am _____</p> <p>_____ Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt</p>
--	--

## Bestätigung Immunitätsnachweis

Angaben zur Person	
Vor- und Nachname	
Versicherungsnummer und Geburtsdatum	

Von der untersuchenden Ärztin / vom untersuchenden Arzt auszufüllen:

Name Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben: .....

Impfungen	Immunität gegeben bzw. Impfungen vorhanden	
	Ja	Nein
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken (ACWY und B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit wird bestätigt, dass bei der/dem oben Genannten davon auszugehen ist, dass eine aufrechte Immunisierung bzw. eine ausreichende Immunität gegen die oben angeführten Erkrankungen gegeben ist und somit die Voraussetzungen für eine Tätigkeit im patientennahen Bereich vorliegt.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt

## Informationsblatt zum Immunitätsnachweis für Studierende der Gesundheitsstudiengänge und Gesundheitsweiterbildungslehrgänge

Sehr geehrte Studierende! Sehr geehrte behandelnde Ärztinnen und Ärzte!

Ergänzend zum Formblatt „Immunitätsnachweis für Praktikant\*innen“ möchten wir Ihnen folgende Informationen zur Verfügung stellen.

### Ausgangslage:

Gemäß den Impfeempfehlungen für das **Gesundheitspersonal in Österreich** – wir verweisen auf die Homepage des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – soll Gesundheitspersonal unter anderem immun gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen sein, sowie einen Impfschutz gegen Hepatitis A/B und Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio aufweisen.

Für Tätigkeiten in besonders sensiblen Bereichen (beispielsweise Pädiatrie, Geriatrie, Infektionsabteilungen, Labor, ICU) ist gemäß Empfehlungen des Bundesministeriums eine ergänzende Impfung bzw. ein Immunitätsnachweis für Meningokokken (ACWY und B) und COVID-19 erforderlich.

Außerdem besteht eine Impfeempfehlung für Influenza und bei Risikogruppen für Pneumokokken.

Impfungen sind in Österreich nicht verpflichtend und erfolgen auf freiwilliger Basis. Arbeitgeber\*innen bzw. Praktikumsseinrichtungen sind allerdings dazu berechtigt, bei Tätigkeiten in bestimmten Bereichen den jeweiligen Impfstatus zu erfragen – dies ist vor allem bei Tätigkeiten im Gesundheitsbereich der Fall. Sollte ein entsprechender Impfstatus nicht nachgewiesen werden können, könnte dies die Nichtaufnahme des jeweiligen Dienstes bzw. eine Versetzung bedeuten.

### Pflichtpraktika im Rahmen des Studiums bzw. Weiterbildungslehrgangs:

Im Rahmen des Studiums bzw. Weiterbildungslehrgangs im Gesundheitsbereich an der FH St. Pölten sind Pflichtpraktika im Curriculum vorgesehen, und daher für eine positive Absolvierung des Studiums unumgänglich. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, **dass die Praktikumsstellen vor Praktikumsantritt den Impfstatus von Praktikant\*innen prüfen.**

Bitte achten Sie darauf, dass der Immunitätsnachweis korrekt ausgefüllt ist. Es werden nur vollständig ausgefüllte Formulare akzeptiert.

Das Formular ist dann korrekt ausgefüllt, wenn

- je zwei Teilimpfungen (MMR, Varizellen) UND/ODER der Wert des Titers und das Datum der Titerbestimmung angegeben sind
- drei Teilimpfungen (Hepatitis B, Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio) UND/ODER der Wert des Titers und das Datum der Titerbestimmung angegeben sind

- eine Grundimmunisierung gegen Hepatitis A UND/ODER der Wert des Titers und das Datum der Titerbestimmung angegeben sind
- Angaben zu den speziell empfohlenen Impfungen:
  - Meningokokken-Impfung (ACWY und B)
  - Covid-19

UND

- alle Unterschriften und Stempel vorhanden sind.

HINWEIS: Die Angabe, dass die Erkrankung durchgemacht wurde, gilt nicht als Nachweis!

Die **vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formblätter** für den **Nachweis des Immunitätsstatus**

- **Immunitätsnachweis für Praktikant\*innen in Gesundheitsberufen**
- **Bestätigung Immunitätsnachweis**

sind bei Verlangen der Praktikumsstelle und etwaigen Mitarbeiter\*innen des Studiengangs vorzuweisen.

Sofern etwaige Impfkosten nicht vom jeweiligen Sozialversicherungsträger übernommen werden, sind diese von den Studierenden zu tragen.

**Vielen Dank für Ihre Kooperation!**

---

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:**

Sabine Zwedorn

T: +43 2742 313 228 544

M: [bgk@fhstp.ac.at](mailto:bgk@fhstp.ac.at)

## Impf- oder Immunitätsnachweis für Kurzezeitbeschäftigte im NÖ Landesdienst - NÖ Landes- und Universitätskliniken

Zum Schutz der MitarbeiterInnen ebenso wie der betreuten PatientInnen vor der Ansteckung mit Infektionskrankheiten, werden vor Dienstantritt in einem NÖ Landes- oder Universitätsklinikum gemäß Empfehlung des Obersten Sanitätsrates und des Bundesministeriums für Gesundheit bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise verlangt. Dies gilt auch für Kurzezeitbeschäftigte (wie PraktikantInnen, VolontärInnen, BerufsinteressentInnen, FerialarbeitnehmerInnen gemäß der Richtlinie Aus-, Fort- und Weiterbildung, inkl. Praktika KPJ-Studierende, Zivildienst Leistende, FamulantInnen, etc.).

Durch Unterfertigung des vorliegenden Formulars bestätigt Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin, dass ihm/ihr Informationen über die Durchführung der erforderlichen Impfungen bzw. positive Antikörper-Nachweise für unten definierte Erkrankungen vorgelegt wurden. Das Formular ist vor Dienstantritt bei der Personalstelle abzugeben.

Der Immunitätsnachweis kann entweder durch Bestätigung der Impfungen (Grundimmunisierung/Auffrischungen) oder durch einen positiven Antikörpertiter (nicht älter als 1 Jahr, Ausnahme Hepatitis B: nicht älter als 10 Jahre + Wert >100IE/ml) erfolgen. Die Kosten für die definierten Impfungen und/oder Titerbestimmungen sind selbst zu tragen.

Impfnachweise oder positive Antikörpernachweise für folgende Erkrankungen sind vorzulegen: **Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Hepatitis A, Hepatitis B.**

Angaben zur untersuchten Person	
Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Landes-/Universitätsklinikum	

Von der untersuchenden Ärztin/vom untersuchenden Arzt auszufüllen:

Hiermit wird bestätigt, dass Nachweise zu oben angeführten Impfungen bzw. positive Antikörpernachweise vorgelegt wurden.

Name untersuchende(r) Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben: .....

.....  
Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift untersuchende/r Arzt/Ärztin