

IMPF- und IMMUNITÄTSNACHWEIS

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

(* verpflichtende Angabe)

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

	Datum der Impfung		Letzter Antikörpertiter
MMR Masern, Mumps, Röteln	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio	Grundimmunisierung erfolgt ja / nein Wenn ja, letzte Auffrischung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Windpocken (Varizellen)	1. Impfung am: 2. Impfung am:	oder	Titer/Befund: Datum:
Hepatitis B bzw. Hepatitis A/B (Kombi)	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:

Hiermit wird bestätigt, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung die erforderlichen Impfungen vorliegen bzw. Immunität laut Empfehlungen des Österreichischen Impfplans¹ gegeben ist.

Ort, Datum: _____

Unterschrift und Stempel²
des:der attestierenden (Haus-)Arztes:Ärztin³:

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

² Attestgültigkeit: 6 Monate

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