

Infektionsschutz für Ausbildungsteilnehmer/innen

Im Rahmen Ihrer Ausbildung, vor allem aber bei der Absolvierung eines Praktikums in Gesundheitseinrichtungen, werden Sie unter Umständen mit Menschen in Kontakt kommen, die an ansteckenden Krankheiten leiden. Somit sind diese Tätigkeiten mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden.

Der Gesetzgeber schreibt jeder Einrichtung im Gesundheitsdienst vor, sich zu vergewissern, dass Mitarbeiter/innen und Praktikanten/Praktikantinnen im Umgang mit Patienten kein erhöhtes Erkrankungsrisiko eingehen. Aus diesem Grund müssen Sie Ihr Infektionsrisiko durch Impfungen minimieren. Zugleich bedeutet ein entsprechender Impfschutz, dass Sie diese Krankheiten nicht an eventuell ungeschützte Dritte, wie die eigene Familie usw., übertragen können.

Das bedeutet für Sie:

Überprüfen Sie rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung Ihren Schutz gegen:

- **Masern- Mumps- Röteln:** entweder **2 vollständige** Impfungen (diese sind derzeit kostenlos beim Gesundheitsamt/Magistrat zu beziehen) **oder** einen **positiven Antikörpernachweis** gegen diese Kinderkrankheiten **oder** vom Hausarzt eine schriftlich bestätigte positive Anamnese.
- **Varicellen:** Vom Hausarzt eine schriftlich bestätigte positive Anamnese wird als ausreichender Schutz angesehen. Bei fehlender Anamnese sind eine Bestimmung des Titers und gegebenenfalls **2 Impfungen gegen Varicellen** im Abstand von 6 Wochen durchzuführen.
- **Tetanus- Diphtherie-, Poliomyelitis, und Pertussis:** Impfschutz sollte ebenfalls vorliegen (d.h. eine Impfung darf nicht länger als 10 Jahre zurückliegen).
- **Hepatitis A:** 2 Hepatitis A- Impfungen **oder** 3 Hepatitis A+B Impfungen.
- **Hepatitis B:** 3 Hepatitis B-Impfungen **oder** 3 Hepatitis A+B Impfungen **oder** Hepatitis B-Titer. Sollte bis zum Eintritt in das Ausbildungsverhältnis keine Impfung erfolgt sein, wird diese derzeit im Rahmen der Gesundheitsvorsorge durch die AUVA ermöglicht. Ohne Hepatitis B Impfschutz ist ein Praktikum nicht empfehlenswert.
- **Covid:** 1 Schutzimpfung muss erfolgt sein.
- Der **Nachweis ist zu Beginn der Ausbildung** zu erbringen. Nur so ist es uns möglich, Ihre praktische Ausbildung zu organisieren. Ausnahmeregelungen können nur mit ärztlicher Begründung und der Zustimmung der Direktion erfolgen.

Zustimmungserklärung Impfungen

| | |
|----------------------|------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | SV-Nummer: |
| Straße: | PLZ/Ort: |
| Ausbildung: | |
| Ausbildungszeitraum: | |

Ich nehme bestätigend zur Kenntnis, dass ich zum Zweck der praktischen Ausbildung an diversen Praktikumseinrichtungen, unverzüglich nach der Zustellung des Aufnahmebescheides, Impfbestätigungen bzw. Titerbestimmungen beizubringen habe, deren Kosten auch von mir zu tragen sind.

Sollten im Vorfeld noch keine Impfungen stattgefunden haben, so nehme ich bestätigend zur Kenntnis, dass ich mich unverzüglich den erforderlichen Impfungen unterziehen werde und ich nehme bestätigend zur Kenntnis, dass die Kosten für allfällig notwendige Impfstoffe/Impfungen (Ausnahme Hepatitis B) von mir zu tragen sind.

Sollte die Beibringung der erforderlichen Impfbestätigungen bzw. Titerbestimmungen von mir verabsäumt werden, so kann seitens der Ausbildungsstätte die Ausbildung für mich kostenpflichtig beendet werden.

Die Regelung umfasst folgende Impfungen: **Masern, Mumps, Röteln, Varicellen sowie Covid.**

Ich nehme bestätigend zur Kenntnis, dass ich die obigen Verpflichtungen einhalten werde und widrigenfalls die oben angeführten Konsequenzen akzeptiere.

Linz, am.....

Unterschrift.....

Nachweis Immunitäts- und Impfstatus

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

SV-Nr.: _____

| | Erkrankung/Impfung | Datum | Titer | Datum |
|-----------------------------------|--|-------|-------------------------------------|-------|
| Röteln | Erkrankung durchgemacht: _____ 1. Impfung _____ 2. Impfung _____ | | | |
| Masern | Erkrankung durchgemacht: _____ 1. Impfung _____ 2. Impfung _____ | | | |
| Mumps (epidem. Paroditis) | Erkrankung durchgemacht: _____ 1. Impfung _____ 2. Impfung _____ | | | |
| Varizellen (Schafblättern) | Erkrankung durchgemacht: _____ 1. Impfung _____ 2. Impfung _____ | | | |
| Hepatitis B | Hepatitis AB | | Letzter quantitativer Titer: | |
| 1. Impfung _____ | 1. Impfung _____ | | Titer: _____ | |
| 2. Impfung _____ | 2. Impfung _____ | | Datum: _____ | |
| 3. Impfung _____ | 3. Impfung _____ | | Anmerkungen: _____ | |
| Auffrischungen _____ | Auffrischungen _____ | | _____ | |

Andere Impfungen bitte mit Datum bekanntgeben:

| | Impfdatum | Impfdatum |
|----------------------|------------------|------------------|
| Hepatitis A | 1. Impfung _____ | 2. Impfung _____ |
| Andere: _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

 Ort und Datum

 Unterschrift und Stempel des Arztes