

Information zu Impf-/Immunitätsnachweis für neu aufzunehmende MitarbeiterInnen und PraktikantInnen

MitarbeiterInnen in klientInnennaher Tätigkeit (Einrichtungen der Behindertenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Krankenanstalt, Kinderbetreuungseinrichtungen) müssen für eine Aufnahme in die Mosaik einen aktuellen Schutz gegen die häufigsten Infektions-Krankheiten nachweisen. Dies gilt insbesondere für Gesundheitsberufe und Sozialberufe, sowie für Personen in entsprechender Ausbildung (PraktikantInnen).

Alle neuen MitarbeiterInnen und PraktikantInnen in klientInnennahen Tätigkeiten/Aufgabenstellungen müssen daher diesen Schutz – vor einer Aufnahme – nachweisen.

Grundlagen dieser Regelung:

1. Für die **MitarbeiterInnen des Mosaik-Ambulatoriums** in klientInnennaher Tätigkeit gilt **§ 26 (7) des Steiermärkischen Krankenanstalten-Gesetzes**: *„Soweit ein bestimmter Immunstatus für die Tätigkeit in einer oder mehreren Organisationseinheiten der Krankenanstalt aus medizinischen, hygienischen oder rechtlichen Gründen geboten ist, ist dafür zu sorgen, dass nur Personal, das über diesen Impfstatus verfügt, dort Zutritt hat. Das gilt auch für auszubildende Personen.“*

Ein Dienstantritt bzw. Praktikumsantritt ist daher nur mit nachgewiesenem aktuellem Schutz möglich.

2. Für **alle anderen MitarbeiterInnen** sowie PraktikantInnen in klientInnennaher Tätigkeit beziehen wir uns auf die **Empfehlungen des Bundesministeriums** für Gesundheit: *„Impfungen für Erwachsene im erwerbsfähigen Alter“* (Jänner 2015) und *„Impfungen für MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens“* (September 2012).

Auch in diesen Einrichtungen/Dienstleistungen muss ein **aktuell aufrechter Schutz** gegen die angeführten Infektionskrankheiten vorhanden sein (Impf-/Immunitätsnachweis vor Dienstantritt). Ist dieser Schutz nicht oder noch nicht zur Gänze vorhanden, wird das **Dienstverhältnis nur befristet bzw. das Praktikum nur befristet auf max. 6 Monate** abgeschlossen. Der/die MitarbeiterIn unternimmt selbständig alle notwendigen Schritte um den erforderlichen Schutz herzustellen (und nachzuweisen).

Wenn dies bis zum Ende der Befristung nicht erfolgt ist, gibt es keine Verlängerung des Dienstverhältnisses bzw. Praktikums - die/der MitarbeiterIn tritt aus bzw. die PraktikantIn verlässt die Praktikumsstelle.

Der Impf-/Immunitätsnachweis (siehe Beilage) ist also eine wesentliche Voraussetzung für die Aufnahme in die Mosaik GmbH.

Es ist wichtig, dass der geforderte Nachweis zur Gänze ausgefüllt und mit Unterschrift und Stempel vorliegt. Dieses Dokument ist ein Teil des Personalfragebogens.

Die Kosten sind von der/dem neu aufzunehmenden MitarbeiterIn/PraktikantIn zu tragen.

Die MitarbeiterInnen sind in weiterer Folge auch selbst verantwortlich für zeitgerechte Zweit- und/oder Auffrischungs-Impfungen; sie haben die Kosten dafür selbst zu tragen und bringen unaufgefordert die entsprechenden (ärztlichen) Bestätigungen.

Beilage: Formular Impf-/Immunitätsnachweis

Zur Kenntnis genommen:
(Unterschrift DN/PraktikantIn)

Ort, Datum:

IMPF- und IMMUNITÄTSNACHWEIS für neu aufzunehmende MitarbeiterInnen und für PraktikantInnen

Vorname, Nachname

Geburtsdatum: Vers.-Nr.:

Impfungen, bzw. gesicherte Immunität gegen Infektionskrankheiten sind wichtig für Mosaik-MitarbeiterInnen, die regelmäßig in engem Kontakt mit möglicherweise infektiösen KlientInnen/KundInnen arbeiten. Sie schützen damit KlientInnen/KundInnen, ihre KollegInnen und nicht zuletzt sich selbst.

Verpflichtende Impfungen	Impf-Datum *	Titer * Datum	Aktueller Schutz	
			JA	NEIN
Diphtherie				
Tetanus				
Pertussis				
Poliomyelitis				
Masern	1. Impfung: 2. Impfung:			
Mumps	1. Impfung: 2. Impfung			
Röteln	1. Impfung: 2. Impfung			
Varicellen (Schafblattern)	1. Impfung: 2. Impfung			

* Der **Nachweis der Immunität** kann entweder durch **Bestätigung** der erforderlichen **Impfungen** oder durch einen positiven **Antikörper-Titer** erfolgen.
Es muss also in jeder Zeile die linke oder die rechte Spalte befüllt sein!

Ich bestätige den aktuellen Impf-/Immun-Status.

Attestierende/r Ärztin/Arzt (in Blockbuchstaben):

Unterschrift und Stempel: **Datum:**

Wir benötigen auch Information zu Hepatitis A/B, damit wir Sie – wenn Sie das wünschen – in die Datenbank für das Hepatitis-Impfprogramm der Mosaik GmbH aufnehmen können:

Hepatitis A/B	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:	Information durch: <input type="checkbox"/> Kopie des Impfpasses <input type="checkbox"/> Bestätigung Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Kontakt/Information ArbeitsmedizinerIn
---------------	---	--

Ergeht an: **Lohnbüro** der Mosaik und **ArbeitsmedizinerIn** (Weiterleitung einer Kopie durch EL)