

Information zu Impf-/Immunitätsnachweis für neu aufzunehmende Mitarbeiter:innen und Praktikant:innen in klient:innennaher Tätigkeit

Für die **Mitarbeiter:innen des Mosaik-Ambulatoriums** in klient:innennaher Tätigkeit gilt gemäß **§ 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.

Ist dieser Schutz nicht oder nicht zur Gänze vorhanden, wird das Dienstverhältnis nur befristet bzw. das Praktikum nur befristet auf max. 6 Monate abgeschlossen. Die/der Mitarbeiter:in 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. des Praktikums - die/der Mitarbeiter:in tritt aus bzw. die/der Praktikant:in 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 Mitarbeiter:in bzw. Praktikant:in zu tragen. Die Mitarbeiter:innen sind in weiterer Folge auch selbst verantwortlich für zeitgerechte Zweit- und/oder Auffrischungsimpfungen; sie haben die Kosten dafür selbst zu tragen und bringen unaufgefordert die entsprechenden (ärztlichen) Bestätigungen.

Für **alle anderen Mitarbeiter:innen** sowie Praktikant:innen in klient:innennaher Tätigkeit beziehen wir uns auf die **Empfehlungen des Bundesministeriums** für Gesundheit: „*Impfungen für Erwachsene im erwerbsfähigen Alter*“ (Jänner 2015) und „*Impfungen für Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens*“ (September 2012).

Auch in diesen Einrichtungen/Dienstleistungen empfehlen wir einen aktuell aufrechten Schutz gegen die angeführten Infektionskrankheiten.

Alle Mitarbeiter:innen haben selbständig dafür Sorge zu tragen, den ihrem Berufsrecht zugeschriebenen Impfstatus zu haben. Mitarbeiter:innen ohne vollständigen Impfschutz nehmen zur Kenntnis, dass sie im Falle einer Eigenansteckung oder einer Übertragung auf andere Mitarbeitende oder Klient:innen eigenverantwortlich handeln. Die Mosaik GmbH übernimmt in diesem Zusammenhang keine Haftung.

Beilage: Formular Impf-/Immunitätsnachweis

Zur Kenntnis genommen:
(Unterschrift DN/Praktikant:in)

Ort, Datum:

IMPF- und IMMUNITÄTSNACHWEIS für neu aufzunehmende Mitarbeiter:innen und für Praktikant:innen

Vorname, Nachname

Geburtsdatum: Vers.-Nr.:

Impfungen, bzw. gesicherte Immunität gegen Infektionskrankheiten sowie Corona sind wichtig für Mosaik-Mitarbeiter:innen, die regelmäßig in engem Kontakt mit möglicherweise infektiösen Klient:innen/Kund:innen arbeiten. Sie schützen damit Klient:innen/Kund:innen, ihre Kolleg:innen und nicht zuletzt sich selbst. Corona-Schutzimpfung ist keine Voraussetzung für die Aufnahme.

Verpflichtende Impfungen	Impf-Datum *	Titer * Datum	Aktueller Schutz	
			JA	NEIN
Diphtherie				
Tetanus				
Pertussis				
Poliomyelitis				
Masern, Mumps, Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:			
Varicellen (Schafblattern)	1. Impfung: 2. Impfung			
Corona-Schutzimpfung (keine Voraussetzung)	1. Impfung: 2. Impfung 3. 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 Arbeitsmediziner:in
---------------	---	---

Ergeht an: **Lohnbüro** der Mosaik
 Arbeitsmediziner:in (Weiterleitung einer Kopie durch EL)