

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, Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio und COVID-19 zu Beginn des Studiums mit folgendem Formular (Seite 1 bis 3 inkl. dem Formblatt der LGA) nachzuweisen.

			Impfdatum (Tag/Monat/Jahr)	Titer	Datum (Tag/Monat/Jahr)
Masern	2-malige Impfung	<input type="checkbox"/> Ja	1. Impfung:		
		<input type="checkbox"/> nein	2. Impfung:		
Mumps	2-malige Impfung	<input type="checkbox"/> Ja	1. Impfung:		
		<input type="checkbox"/> nein	2. Impfung:		
Röteln	2-malige Impfung	<input type="checkbox"/> Ja	1. Impfung:		
		<input type="checkbox"/> nein	2. Impfung:		
Varizellen <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:			
Kombinierte Hepatitis A-B Impfstoffe 3 Teilimpfungen	3. Teilimpfung*:			
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:				

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

COVID-19	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr)	Auffrischungsimpfungen/ Booster-Impfung (Tag/Monat/Jahr)
1-malige Impfung		
2-malige Impfung	1. Impfung: 2. Impfung:	
Genesen ab (Tag/Monat/Jahr):		
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 nicht absolviert werden und die praktische Ausbildung kann sich verzögern bzw. ggf. auch nicht abgeschlossen werden.

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

<p>Die/der Ärztin/Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass eine Immunisierung bzw. eine ausreichende Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio, eine zumindest begonnene Hepatitis A und B-Immunisierung und COVID-19 vorliegt und die Voraussetzungen für eine Tätigkeit im patientennahen Bereich gegeben ist. Außerdem ist zu erheben, ob eine Meningokokken-Impfung (ACWY und B) vorliegt.</p>	<p>_____, am _____</p> <p>_____ Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt</p>
<p>Mit ihrer/seiner Unterschrift stimmt die/der Studierende zu, dass die in diesem Formular angeführten Daten an der FHSTP aufbewahrt und verarbeitet sowie zu Zwecken des Immunitätsnachweises von der FHSTP an die Praktikumsstelle der/des Studierenden weitergeleitet werden dürfen, wobei die Zustimmung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Die/Der Studierende nimmt weiters zu Kenntnis, dass die FHSTP bei aus falschen Angaben der/des Studierenden resultierenden Schäden Dritter keinerlei Haftung übernimmt.</p>	<p>_____, am _____</p> <p>_____ Unterschrift Studierende/r</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, Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio und COVID-19 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) 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 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
- COVID-19-Impfung
- Angaben zu den speziell empfohlenen Impfungen:
 - Meningokokken-Impfung (ACWY und B)

UND

- alle Unterschriften 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 zu Beginn des Studiums am eCampus der FH St.Pölten hochzuladen – weitere Informationen dazu erhalten Sie noch.

Studierende, welche diesen **Impfstatus nicht nachweisen, können die praktische Ausbildung NICHT absolvieren.**

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

Datenschutzbestimmungen

Das Thema Datenschutz und Vertraulichkeit nimmt die Fachhochschule St. Pölten GmbH, Campus Platz 1, 3100 St. Pölten, datenschutz@fhstp.ac.at, als verantwortliche Datenverarbeiterin, sehr ernst. Sie folgt daher den geltenden nationalen und europäischen Datenschutzvorschriften. Nachfolgend möchte die Fachhochschule St. Pölten GmbH kurz die wichtigsten Aspekte gemäß dem geltenden Datenschutzbestimmungen erläutern.

Datenerhebung sowie Zwecke der Verarbeitung

Diese Datenverarbeitung erfolgt zum Zwecke des Nachweises des Impfstatus. Diese Verarbeitung basiert auf der Einwilligung des/der Studierenden.

Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die von dem/der Studierenden im Rahmen dieser Einwilligung preisgegebenen Daten werden spätestens 3 Jahre nach seinem/ihrer Ausscheiden aus der FH St. Pölten gelöscht.

Widerruf der Einwilligung

Der/die Studierende kann diese Einwilligung jederzeit bei der Fachhochschule St. Pölten GmbH, Campus Platz 1, 3100 St. Pölten, Tel.: +43 2742 313 228 , E-Mail: datenschutz@fhstp.ac.at widerrufen, ohne dass dadurch die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf berührt wird.

Übermittlungsempfänger

Die erhobenen Daten werden von Mitarbeiter*innen der Fachhochschule St. Pölten GmbH, Campus Platz 1, 3100 St. Pölten zu den oben genannten Zwecken verarbeitet. Weiters übermittelt die FH ST. Pölten die von dem/der Studierenden ausgefüllten Unterlagen auf Grundlage seiner/ihrer Einwilligung an die Praktikumsstelle. Sollten der/die Studierende diese Einwilligung nicht erteilen bzw. widerrufen, besteht die Möglichkeit, dass dem/der Studierenden kein Praktikumsplatz zugewiesen wird, wodurch ein positiver Abschluss des Studiums/Weiterbildungslehrganges gefährdet ist.

Datensicherheit

Alle Daten werden auf Servern gespeichert, die mit einem hohen Sicherheitsstandard betrieben werden und vor dem Zugriff unberechtigter Personen und Missbrauch geschützt werden.

Sonstige Betroffenenrechte

Weiters bestehen folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten
- Recht auf Berichtigung, Löschung
- Ab 25.05.2018 Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit

Diese Rechte können bei der Fachhochschule St. Pölten GmbH als verantwortliche Datenverarbeiterin geltend machen (datenschutz@fhstp.ac.at).

- Ab 25.05.2018 Recht auf Beschwerde,

welche bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, Telefon: +43 1 52 152 0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at als zuständige Aufsichtsbehörde einzubringen ist.

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 - abgesehen von COVID-19 - 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, COVID-19 (zumindest eine Teilimpfung, ein SARS-CoV-2-Antikörpernachweis ersetzt die Impfung nicht!)**

Angaben zur untersuchten Person	
Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Landes-/Universitätsklinikum	Einrichtungen der Landeskliniken-Holding

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