

ÄRZTLICHES ATTEST

Gutachten zur Aufnahme in eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf – analog Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) bzw. Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MAB-G) – an einer Ausbildungseinrichtung des Wiener Gesundheitsverbunds.

Vor- und Zuname:		Geburts- datum:	
wohnhaft in:			

Vorgelegte Befunde (Zutreffendes bitte ankreuzen):

IGRA (Interferon-Gamma-Release-Assay) oder Quantiferon	vom:		_____ IU/ml	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Durchführung des Tests wäre möglich bei: AGES – Agentur für Gesundheit und Ernährung / Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene, 1090 Wien, Währingerstraße 25a, TEL: 050-555-37111					
ODER					
Mendel-Mantoux-Test	vom:		_____ mm Ø	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Bei positivem IGRA bzw. Mendel-Mantoux-Test					
Lungenröntgen	vom:		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> Befund s.u.	

Ergänzende Anmerkungen:

Gutachten¹:

Hiermit wird bestätigt, dass

(Name in Blockbuschstaben) _____

zum Zeitpunkt der Attestierung am _____, die für die **Ausbildung und Berufsausübung** nötige, **gesundheitliche Eignung** besitzt.

Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt
für Allgemeinmedizin

Datum

¹ Die Attestierung des umseitigen Immunitätsnachweises ist unverzichtbarer Bestandteil des Gutachtens.

Immunitätsnachweis

Name: _____
(Nachname, Vorname – Blockbuchstaben)

Geburtsdatum: _____ Sozialversicherungsnummer: _____
(TT.MM.JJJJ)

Immunitätsnachweis für Angehörige der Gesundheitsberufe im Wiener Gesundheitsverbund

Impfungen sind ein wichtiger Schutz für Krankenhaus-Mitarbeiter*innen, die mit infektiösen Patient*innen in Berührung kommen. Aber auch die Patient*innen haben ein Recht darauf, vor vermeidbaren Gefährdungen geschützt zu werden.

Wichtig: Es können nur vollständig ausgefüllte Atteste berücksichtigt werden!

	Impfdatum und Impfstoffname ¹	Titerhöhe ¹	Datum
Diphtherie, Tetanus, Pertussis + / – Poliomyelitis	(bis max. 10 Jahre vor Aufnahmedatum)		
Poliomyelitis ²	(bis max. 10 Jahre vor Aufnahmedatum)		
Masern, Mumps, Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:		
Varizellen	1. Impfung: 2. Impfung:		
Hepatitis B ³ (bzw. A + B)	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: ⁴		

¹ Der Nachweis der Immunität kann, entweder durch Bestätigung der erforderlichen Impfungen oder durch einen positiven Antikörpertiter erfolgen. Bitte nach Möglichkeit Impfstoffname und Titerhöhe angeben.

² Falls Diphtherie-Tetanus-Pertussis ohne Poliomyelitis geimpft wurde.

³ Nur für Angehörige der Gesundheitsberufe. Auszubildende werden bei Bedarf vor dem ersten Praktikumseinsatz über die Ausbildungseinrichtung grundimmunisiert.

⁴ Bei kürzlich begonnener Grundimmunisierung gegen Hepatitis B sind zwei Impfungen ausreichend. Der Nachweis der 3. Impfung kann binnen 6 Monaten nachgereicht werden.

Ich bestätige die Immunität bzw. ausreichende Immunisierung gem. Anwendungsempfehlung des Nationalen Impfgremiums gegen die oben genannten Erkrankungen.

Attestierende/Ärztin/Arzt: _____
(in Blockbuchstaben)

Unterschrift und Stempel: _____ Datum: _____