

<b>FO</b>			
Berufsgruppe	Dokumentennummer	Thematik	Version
ALLE	57	Mitarbeiter und Personal	1.0

## Anforderung bei Tätigkeit im Gesundheitszentrum Oberndorf

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

SV-Nummer: \_\_\_\_\_

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit im Gesundheitszentrum Oberndorf empfehlen wir eine Immunität gegen Hepatitis B, Diphtherie und Tetanus.

Bitte füllen Sie nachstehende Tabelle mit Hilfe Ihres persönlichen Impfpasses selbstständig, bzw. gerne auch gemeinsam mit Ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt aus und bringen Sie das ausgefüllte Formular zu Ihrem arbeitsmedizinischen Einstellungsgespräch mit.

Bezeichnung	Impfdatum	Letzter quantitativer Titer	
		Höhe:	Datum:
Hepatitis B	1. Impfung		
	2. Impfung		
	3. Impfung		
	Auffrischungen:		
<b>Impfdatum</b>			
Diphtherie			
Tetanus			
Poliomyelitis			
Pertussis (Keuchhusten)			
Hepatitis A			
Andere			

Haben/hatten Sie eine Hepatitis C Erkrankung? Ja  nein


Andere Impfungen bitte mit Datum bekanntgeben:

Bezeichnung	Impfdatum	Titer	Datum
Röteln	1. Impfung		
	2. Impfung		
Masern	1. Impfung		
	2. Impfung		
Mumps (epidemische Parotitis)	1. Impfung		
	2. Impfung		
Varizellen (Schafblattern)	1. Impfung		
	2. Impfung		

Datum:

Unterschrift und  
Stempel des Hausarztes:

Erstellt am	Erstellt von	Geprüft von	Freigegeben von	Seite 1 von 2
09.07.2018	Geishofer	Ainz	Datz	

<b>FO</b>			
Berufsgruppe	Dokumentennummer	Thematik	Version
ALLE	57	Mitarbeiter und Personal	1.0

Für Rückfragen zu diesem Formular steht Ihnen Frau Dr. Geishofer gerne zur Verfügung. Sie ist montags von 14–16 Uhr unter der Nummer 586 zu erreichen.

Dr. Gotho Geishofer  
Arbeitsmedizinisches Zentrum Kapfenberg der VAMED  
**c/o Gemeinnützige Oberndorfer Krankenhausbetriebs-GmbH**  
Paracelsusstraße 37  
5110 Oberndorf  
Tel. 06272-4334-586  
Mail: [gotho.geishofer@medway.at](mailto:gotho.geishofer@medway.at)

Erstellt am	Erstellt von	Geprüft von	Freigegeben von	Seite 2 von 2
09.07.2018	Geishofer	Ainz	Datz	