



Erhebungsblatt: Impf- und Immunitätsstatus

Name:

Sozialversicherungsnummer/Geburtsdatum:

Dienststelle/Praktikumsstelle (UK, LK, Abteilung, PBZ/PFZ, Ausbildungseinrichtung,

Logistikzentrum):

Immunitätsstatus					
	Impfdatum	Antikörper-Titer + Bestimmungs- datum	Immunität anzunehmen <small>(von Arzt/Ärztin auszufüllen)</small>		
Diphtherie	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am: 3. Teilimpfung am: Letzte Auffrischung am:	<i>Auffrischung alle 10 Jahre Kein Titer</i>	JA	NEIN	Angeimpft
Tetanus	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am: 3. Teilimpfung am: Letzte Auffrischung am:	<i>Auffrischung alle 10 Jahre Kein Titer</i>	JA	NEIN	Angeimpft
Pertussis	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am: 3. Teilimpfung am: Letzte Auffrischung am:	<i>Auffrischung alle 10 Jahre Kein Titer</i>	JA	NEIN	Angeimpft
Poliomyelitis	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am: 3. Teilimpfung am: Letzte Auffrischung am:	<i>Auffrischung alle 10 Jahre Kein Titer</i>	JA	NEIN	Angeimpft
Hepatitis A	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am:		JA	NEIN	Angeimpft
Hepatitis B	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am: 3. Teilimpfung am: Letzte Auffrischung am:	Titer+Datum: <i>Immunität bei Anti-HBs > 100IE/ml, dann Auf- frischung alle 10 Jahre</i>	JA	NEIN	Angeimpft
Hepatitis AB	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am: 3. Teilimpfung am: Letzte Auffrischung am:	Titer+Datum: <i>Immunität bei Anti-HBs > 100IE/ml, dann Auf- frischung alle 10 Jahre</i>	JA	NEIN	Angeimpft
Masern, Mumps, Röteln	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am:	<i>Bei unklarem Impfstatus Impfung empfohlen!</i>	JA	NEIN	Angeimpft
Varizellen	1. Teilimpfung am: 2. Teilimpfung am: ODER ausreichender Titer	Titer+Datum: <i>VZV-IgG-ELISA > 80mIU/ml</i>	JA	NEIN	Angeimpft

Eine durchgemachte Erkrankung insbesondere bei Varizellen, Masern, Mumps oder Röteln ersetzt keine Impfung/Titer.

Vorgehen bei Low/Non-Responder lt. Impfplan Ö, bei Unklarheiten Kontaktaufnahme mit LGA, Abt. Strategie u. Qual. Med.

Impfpass wurde vorgelegt

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Kein Impfpass vorhanden

.....
Datum, Unterschrift Angestellte/r, Auszubildende/r

.....
Datum, Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin