

A. ö. BEZIRKSKRANKENHAUS Kufstein
Gesundheits- und Krankenpflegeschule Kufstein / St. Johann



6330 Kufstein, Endach 27
Tel.05372 / 6966 / 1400,1401
E-Mail: gukps@bkh-kufstein.at

Bestätigung über die gesundheitliche Eignung

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!
Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber!

Für die Aufnahme in eine Pflegeausbildung ist gesetzlich ein Nachweis zur Erfüllung der Berufspflichten erforderlichen gesundheitlichen Eignung zu erbringen (PA-PFA- AV § 10(2); § 11 (2) und GuKG § 54). Detaillierte Ausführungen zur Prüfung der gesundheitlichen Eignung finden Sie unter Anlage 5, Ministerium für Gesundheit und Frauen https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/8/9/CH4049/CMS1539326942787/gesundheitsliche_eignung.pdf oder als QR Code:



Die Bewerberin/der Bewerber wird gebeten, die Bestätigung über die gesundheitliche Eignung mit den ausständigen Unterlagen **sowie dem ausgefüllten Impfblatt** fristgerecht beizubringen.

Von der/dem Bewerber/in anzukreuzen bzw. auszufüllen:

- Pflegeassistentenz Pflegefachassistentenz Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege

Nachname	Vorname	Titel	SV-Nr.	Geburtsdatum

Von der Ärztin/dem Arzt bitte zu bestätigen:

Bestätigung

Die Bewerberin/der Bewerber bringt die erforderliche gesundheitliche Eignung (lt. Anlage 5, Ministerium für Gesundheit und Frauen) mit, um im oben ausgewählten Gesundheitsberuf zu arbeiten.

- ja nein

Datum:



.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Infektionsschutz- Anforderung



Name und Geburtsdatum: _____

Für die Tätigkeit im patientennahen Bereich muss ein Infektionsschutz gegeben sein. Daher ist für die Aufnahme in eine Gesundheitsausbildung an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule ein **ausreichender Impfschutz** ODER eine **positive Antikörperbestimmung (Titer)** gegen folgende Infektionskrankheiten bei Bewerbung nachzuweisen.

Erforderlicher Infektionsschutznachweis:			
	Infektionsschutz ausreichend 2 dokumentierte Impfungen <u>oder</u> positiver IgG-Titer		
	Impfdatum	Antikörper-Titer	Datum
Masern	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Mumps	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Röteln	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Varizellen	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Pertussis (Diphtherie, Tetanus, Polio)	Impfstoffname: Datum der letzten Impfung:		
	Dringend empfohlener Infektionsschutz: Impfdatum	Hep. B-Titer	Datum
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Engerix)	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A und B (Twinrix)	3. Teilimpfung am _____ Auffrischungen am _____		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A			
Falls noch keine oder unvollständige Grundimmunisierung durchgeführt wurde, werden im Büro von Frau MR Dr. Maria Margreiter kostenlose Impfungen mit Twinrix und Hepatitis B- Titerbestimmungen durchgeführt. Bitte daher nur die Daten eintragen.			

Der erforderliche Infektionsschutznachweis muss bei **Bewerbung vorhanden** sein und gilt als erbracht bei

- a) positivem Antikörper-Titer (Laborbefund) oder
- b) nachgewiesener zweimaliger Impfung (gestempelter Impfpass)

Die MMR-Impfung ist kostenlos in jedem Gesundheitsamt bzw. bei der/beim Hausärztin/-arzt erhältlich.

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit des erforderlichen Infektionsschutzes bestätigt:

Datum: _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____