



Beilagen: Kopie Titernachweise

E. v. Hibler-Straße 8, 9900 Lienz Tel.:+43(0)4852 606-85210 Fax:-915 Mail: office@igb-lienz.at www.igb-lienz.at

Infektionsschutzanforderung

für die Aufnahme an der GuKPS am igb-Lienz						
Name:						
Geburtsdat	um:		Versicherungsnum	mer:		
Von der Ä	rztin/den	n Arzt auszufüll	en:			
Der Infekti gilt als erb			Punkt a) und b) muss b	ei Ausbi	ldungsantritt vorl	nanden sein und
			i liger Impfung lt. Impfpa ve Antikörpertiter (IgG)		sern, Mumps, Ro	öteln)
		Datum der Impf	ung laut Impfpass		Titer IgG	Datum
Masern	1. Impfung:		2. Impfung:	oder		
Mumps	1. Impfung:		2. Impfung:	oder		
Röteln	1. Impfu	ıng:	2. Impfung:	oder		
b) po	sitiver <i>F</i>	Antikörpertiter	(IgG) für Varicellen un	d Hepat	itis B	
Varicellen		Titer IgG:		Datum:		
Hepatitis B		Titer IgG:		Datum:		
beginn vom	Bewerb	er/von der Bewei	icht gegeben ist, muss die rberin veranlasst und nach hutz/Antikörpertiter bestäti	gewieser		r Ausbildungs-
Datum:			Unterschrift/Stempel Arzt/Ärztin:			