

Infektionsschutznachweis

Für die **Aufnahme in eine Sonderausbildung** am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe sowie für die Absolvierung **der Praktika** an den tirol kliniken und in österreichischen Gesundheitseinrichtungen im Rahmen von **Sonderausbildungen und Weiterbildungen** ist ein **ausreichender Infektionsschutz** aufgrund einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates gegen folgende Infektionskrankheiten bis Ausbildungsbeginn bzw. Praktikumsbeginn nachzuweisen.

- Masern, Mumps, Röteln (MMR)
- Varizellen (VCV)
- Hepatitis B

Nur durch einen vollständigen Infektionsschutz kann sichergestellt werden, dass Praktika zeitgerecht absolviert werden können und die Ausbildung abgeschlossen werden kann

Von der/dem BewerberIn vollständig in Blockbuchstaben ausfüllen:

Nachname	Vorname	Titel	SV-Nr.	Geburtsdatum

Ich, die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt bestätigt, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung am _____ der für die Tätigkeit im patientInnen nahen Bereich erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

.....
Ort, Datum

Ich bestätige, dass ich selbst dafür verantwortlich bin, einen vollständigen und aktuellen Impfschutznachweis für die oben genannten Infektionskrankheiten vor Absolvierung meiner Praktika bei den Praktikumsstellen vorzuweisen.

Aktuell ist in der praktischen Ausbildung kein Infektionsschutznachweis gegen COVID-19 vorzuweisen. Ich nehme aber zur Kenntnis, dass es im Rahmen der praktischen Ausbildung notwendig sein kann, bei ausgewählten Praktikumsstellen einen Infektionsschutznachweis gegen COVID-19 vorzuweisen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers