

## Bestätigung über die gesundheitliche Eignung

für die Sozialbetreuungsberufe (bitte ankreuzen)

- Altenarbeit mit Pflegeassistenz**
- Behindertenarbeit mit Pflegeassistenz**
- Familienarbeit mit Pflegeassistenz**

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

Für die Aufnahme in eine Sozialbetreuungsausbildung mit integrierter Pflegeassistenz ist gesetzlich ein Nachweis zur Erfüllung der Berufspflichten erforderlichen gesundheitlichen Eignung zu erbringen (PA-PFA-AV § 10 2); 11 (2)). Detaillierte Ausführungen zur Prüfung der gesundheitlichen Eignung finden Sie auch unter [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/8/9/CH4049/CMS1539326942787/gesundheitsliche\\_eignung.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/8/9/CH4049/CMS1539326942787/gesundheitsliche_eignung.pdf)

Die Bewerberin/der Bewerber wird gebeten, die Bestätigung über die gesundheitliche Eignung mit den ausständigen Unterlagen **sowie dem ausgefüllten Impfblatt** fristgerecht bis 31.8.2020 beizubringen.

**Von der Bewerberin/dem Bewerber auszufüllen** (bitte in Blockbuchstaben):

Nachname	Vorname	SV-Nr.	Geburtsdatum

**Von der Ärztin/dem Arzt bitte zu bestätigen:**

### Bestätigung

Die Bewerberin/der Bewerber bringt die erforderliche gesundheitliche Eignung mit, um im oben ausgewählten Sozialbetreuungsberuf mit Pflegeassistenz zu arbeiten.

- ja**       **nein**

Datum:

.....  
**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

Stempel der Ärztin/des Arztes
-------------------------------

## Infektionsschutz-Anforderung

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

Zum Schutz der MitarbeiterInnen so wie der betreuten PatientInnen vor der Ansteckung mit Infektionskrankheiten, werden vor Dienstantritt an einer Krankenanstalt bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise verlangt. Dies gilt auch für PraktikantInnen („Impfungen des Gesundheitspersonals“, BMGF, April 2017).

Deshalb braucht es für die Aufnahme in eine Ausbildung zu einem Sozialbetreuungsberuf mit Pflegeassistenten an der SOB TIROL–Schule für Sozialbetreuungsberufe den Nachweis einer **Immunität bzw. aufrechte Immunisierung** gegen folgende Infektionskrankheiten **bis zum Beginn der Ausbildung (31.8.2020)**. Die positive Antikörperbestimmung darf nicht älter als ein Jahr (Ausnahme Hepatitis B: nicht älter als 10 Jahre und Wert > 100) sein.

Die MMR-Impfung ist kostenlos in jedem Gesundheitsamt erhältlich.

Nachname	Vorname	SV-Nr.	Geburtsdatum

**Von der untersuchenden Ärztin/vom untersuchenden Arzt auszufüllen:**

Impfungen			
	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr)	Titer IgG	Datum
Masern	1. Teilimpfung am 2. Teilimpfung am		
Mumps	1. Teilimpfung am 2. Teilimpfung am		
Röteln	1. Teilimpfung am 2. Teilimpfung am		
Varicellen	1. Teilimpfung am 2. Teilimpfung am		
Dringend empfohlen:	Impfdatum (Tag/Monat/Jahr)	Titer IgG	Datum
Hepatitis B (Engerix oder Twinrix)	1. Teilimpfung am 2. Teilimpfung am 3. Teilimpfung am Auffrischung am		
In bestimmten Bereichen z.B. bei immungeschwächten PatientInnen ist außerdem die jährliche Grippeimpfung im Zeitraum Anfang Oktober bis Ende Februar erforderlich.			

Hiermit wird bestätigt, dass bei der/dem oben Genannten die Immunität bzw. die aufrechte Immunisierung gegen die oben genannten Erkrankungen gegeben ist.

Namen Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben: .....

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes