

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/gesundheitliche_eignung.pdf

Die Bewerberin/der Bewerber wird gebeten, die Bestätigung über die gesundheitliche Eignung sowie die ausgefüllte Infektionsschutz-Anforderung **mit den vollständigen Anmeldeunterlagen** per Mail an sob.koordination@tsn.at oder per Post abzugeben.

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 Mitarbeiter*innen so wie der betreuten Patient:innen vor der Ansteckung mit Infektionskrankheiten, werden vor Dienstantritt an einer Krankenanstalt bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise verlangt. Dies gilt auch für Praktikant*innen („Impfungen des Gesundheitspersonals“, BMGF, April 2017).

Deshalb braucht es für die Aufnahme in eine Ausbildung zu einem Sozialbetreuungsberuf mit Pflegeassistenz an der SOB TIROL–Schule für Sozialbetreuungsberufe den Nachweis einer **Immunität bzw. aufrechte Immunisierung** gegen folgende Infektionskrankheiten. 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 Ig	Datum
Hepatitis B (Engerix oder Twinrix)	1. Teilimpfung am 2. Teilimpfung am 3. Teilimpfung am Auffrischung am		
In bestimmten Bereichen z.B. bei immungeschwächten Patient*innen ist außerdem die jährliche Grippeimpfung im Zeitraum von Anfang Oktober bis Ende Februar erforderlich.			

Hiermit wird bestätigt, dass bei der/dem oben Genannten die Immunität bzw. die aufrechte Immunisierung gegen M-M-R und Varicellen gegeben ist.

Namen Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben:

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