



# IMPFNACHWEIS

Thomas-Klestil-Platz 11  
1030 Wien  
Telefon +43 1 4000 DW  
Fax +43 1 4000 99 DW  
post@ma10.wien.gv.at  
www.kindergaerten.gv.at

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Immunitätsnachweis für Neueinsteiger\*innen und Praktikant\*innen bei der Stadt Wien - Kindergärten

Impfungen sind zum einen ein wichtiger Schutz für Mitarbeiter\*innen bzw. Praktikant\*innen der Stadt Wien - Kindergärten, die mit infektiösen Kindern in Berührung kommen.

Zum anderen haben aber auch die zu betreuenden Kinder ein Recht darauf, vor vermeidbaren Gefährdungen geschützt zu werden.

### Für die Aufnahme erforderliche Angaben:

**Wichtig:** nur vollständig mit „ja“ angekreuzte/ausgefüllte Atteste können für die Aufnahme/Praktika berücksichtigt werden!

Impfungen	Immunität gegeben/Impfdatum	Titer/Datum
Masern	Ja: <input type="checkbox"/> Datum:	
Mumps	Ja: <input type="checkbox"/> Datum:	
Röteln	Ja: <input type="checkbox"/> Datum:	
Varizellen	Ja: <input type="checkbox"/> Datum:	

### Zusätzliche Angaben:

Impfungen	Immunität gegeben/Impfdatum	Titer/Datum
Hepatitis B Integrationsbereich	Ja: <input type="checkbox"/> Datum:	
FSME	Ja: <input type="checkbox"/> Datum:	
COVID-19	Ja: <input type="checkbox"/> Datum:	

**Ich bestätige die Immunität bzw. die aufrechte Immunisierung gegen die oben genannten Erkrankungen.**

Attestierende/r Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

