



## IMPFNACHWEIS

Thomas-Klestil-Platz 11  
1030 Wien  
Telefon +43 1 4000 DW  
Fax +43 1 4000 99 90248  
post@ma10.wien.gv.at  
www.kindergaerten.wien.at

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

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

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

### Immunitätsnachweis für NeueinsteigerInnen/PraktikantInnen bei der Stadt Wien - Kindergärten

Impfungen sind zum einen ein wichtiger Schutz für MitarbeiterInnen/PraktikantInnen 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.

**Zwingend erforderlich: Wichtig:** nur vollständige mit „ja“ angekreuzte/ausgefüllte Atteste können für die Aufnahme/für die Praktika bei der Stadt Wien- Kindergärten 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: _____	

**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: \_\_\_\_\_

Optional (nicht zwingend erforderlich)

Impfungen	Immunität gegeben/Impfdatum	Titer/Datum
Hepatitis B Integrationsbereich	Ja: <input type="checkbox"/> Datum: _____	
FSME	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: \_\_\_\_\_

