

Ärztlicher Nachweis für den Einsatz am LMU Klinikum

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine notwendige Voraussetzung für den Einsatz am LMU Klinikum ist der Nachweis einer Immunität gegenüber verschiedener Infektionskrankheiten. Das LMU Klinikum ist auch für den Patientenschutz verantwortlich. Als Haus der Maximalversorgung versorgen wir einen hohen Anteil bezüglich nosokomialer Infektionen risikobehafteter Patienten (immunsupprimiert, multimorbide). Daher wird nach Masernschutzgesetz eine Immunität bezüglich **Masern**, nach § 23a Infektionsschutzgesetz Immunitäten bezüglich **Keuchhusten und Windpocken** und nach dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 eine Immunität bezüglich **Coronavirus** bei allen eingesetzten Personen vorausgesetzt. Dies gilt auch für Personen mit primär patientenfernen Aufgaben (z.B. Verwaltung), da sie durch Betreten von Stationen einen (in)direkten Patientenkontakt haben können.

Das vollständige Ausfüllen des beigefügten Attestes durch einen zugelassenen Arzt / eine zugelassene Ärztin ist eine notwendige Voraussetzung für Ihren Einsatz im Klinikum, nur so kann ein Schutz von Patienten und Mitarbeitern vor Infektionserkrankungen gewährleistet werden.

Grundsätzlich sollten die öffentlich empfohlenen Impfungen regelmäßig aktualisiert werden. Diesbezüglich ist eine Beratung durch Betriebs- oder Hausarzt sinnvoll.

Bitte gehen Sie mit dem beigefügten Attestformular mindestens 6 Wochen vor geplantem Beginn Ihrer Tätigkeit zu Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin, damit ggf. notwendige Impfungen zeitgerecht erfolgen können.

Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Angaben bzw. fehlender Immunschutz dazu führen können, dass die Tätigkeit am LMU Klinikum nicht angetreten werden kann.

Der Arzt muss das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben haben. Danach senden Sie es bitte mindestens 2 Wochen vor geplantem Beginn Ihrer Tätigkeit an den Standort des Betriebsärztlichen Diensts, in dessen Bereich Sie tätig sein werden:

Campus Großhadern
Campus Betriebsärztlicher Dienst
Elisabeth-Winterhalter Weg 17
81377 München
Telefon 089/4400-72331 oder -72332
Email: Baedkum.Hospitanten-GH@med.uni-muenchen.de

Campus Innenstadt
Betriebsärztlicher Dienst
Pettenkoferstr. 10
80336 München
Telefon 089/4400-53904 oder -53907
Email: Baedkum.Hospitanten-INS@med.uni-muenchen.de

Unabhängig von den geforderten Nachweisen können durch die von der beruflichen Tätigkeit ausgehende Infektionsgefährdungen weitere Impfungen für den persönlichen Schutz sinnvoll sein, z. B. Hepatitis A- und Polio-Impfung bei Kontakt zu Ausscheidungen von Patienten und Hepatitis B-Impfung bei Umgang mit menschlichem Gewebe, Blut- oder Blutbestandteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Abteilung Personal

Ärztliches Attest für Hospitanten / Hilfskräfte am LMU Klinikum

Dieses Attest ist von einem Arzt vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Es muss mindestens 2 Wochen vor Beginn der Tätigkeit an den Betriebsärztlichen Dienst des Klinikums gesendet werden.

Einsatz als _____

Im Fachbereich _____

Für den Zeitraum _____

Hiermit wird bestätigt, dass sich bei _____, geb. _____ im Rahmen der heutigen Konsultation kein Anhalt für körperliche oder geistige Einschränkungen sowie für infektiösen Erkrankungen ergab. Gegen eine Hospitation im Klinikum der Universität München bestehen aus ärztlicher Sicht keine Bedenken.

Bei allen Hospitanten/Hilfskräfte müssen Immunitäten bezüglich Masern, Windpocken, Keuchhusten, Corona vorliegen, Ausnahme „Schnuppertag ohne aktive Mitarbeit“: hier ist nur der Corona-Nachweis erforderlich.

Masern:

- ☐ Mindestens zwei Impfungen erfolgt *oder*
- ☐ Serologischer Schutznachweis liegt vor

Windpocken:

- ☐ Windpockenerkrankung sicher in der Anamnese *oder*
- ☐ Mindestens zwei Impfungen erfolgt *oder*
- ☐ Serologischer Schutznachweis liegt vor

Keuchhusten:

- ☐ letzte Impfung am _____ (Datum) (muss in den letzten 9 Jahren erfolgt sein) *oder*
- ☐ Keuchhustenerkrankung labordiagnostisch gesichert am _____ (Datum) (nicht länger als 9 Jahre zurückliegend)

Coronavirus:

- ☐ 1. Impfung: Datum _____ Name Impfstoff _____
- ☐ 2. Impfung: Datum _____ Name Impfstoff _____
- ☐ 3. Impfung: Datum _____ Name Impfstoff _____
- ☐ positiver PCR-Befund: Datum: _____

Hepatitis B und C: Nur, wenn pflegerische, (zahn)-ärztliche oder medizinische (Assistenz)-Tätigkeiten an Patienten ausgeführt werden sollen, bitte zusätzlich bestätigen

- ☐ Infektiöse Hepatitis B liegt aktuell nicht vor (Hepatitis B Grundimmunisierung + anti-HBs >100 dokumentiert oder HBs-AG negativ innerhalb der letzten 3 Monate)
- ☐ Infektiöse Hepatitis C liegt aktuell nicht vor (anti-HCV negativ innerhalb der letzten 3 Monate)

HIV: Nur, wenn invasive/operative Tätigkeiten an Patienten ausgeführt werden sollen, bitte zusätzlich bestätigen:

- ☐ Infektiöse HIV-Erkrankung liegt aktuell nicht vor (anti-HCV negativ innerhalb der letzten 3 Monate)

Hepatitis A: Nur, wenn Tätigkeiten in der Nahrungsmittelzubereitung / Tätigkeiten in Gemeinschaftseinrichtungsküchen ausgeführt werden sollen, bitte zusätzlich:

- ☐ mindestens 2 Impfungen sind erfolgt *oder*
- ☐ Serologischer Schutznachweis liegt vor

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben

Ort / Datum / Unterschrift
Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.

lesbarer Stempel mit Arztname