



**Tuberkulose**

Sollten Sie aus einem der nachfolgend angeführten Länder oder einem sonstigen Tuberkulose-Endemie-Gebiet kommen, ist nachzuweisen, dass zum Zeitpunkt der Zulassung/des Aufenthalts keine Tbc-Infektion besteht. Dies ist bei der\*dem bestätigenden Ärztin\*Arzt durch die Beibringung des Befundes eines Lungenröntgens (nicht älter als zwei Monate) nachzuweisen.

*Afghanistan, Armenien, Aserbaidshan, Äthiopien, Bangladesch, Bulgarien, China, Estland, Georgien, Indien, Indonesien, Kasachstan, Kirgisistan, Kongo, Lettland, Litauen, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Philippinen, Rep. Moldau, Russische Föderation, Südafrika, Tadschikistan, Ukraine, Usbekistan, Vietnam, Weißrussland*

**Ärztliche Bestätigung (im Bedarfsfall)**

Ich bestätige hiermit, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine Tbc-Infektion besteht.

\_\_\_\_\_ Datum

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

**Verpflichtende Angabe von freiwilligen Impfungen<sup>1,2</sup>**

Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tetanus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der letzten Impfung:	Impfempfehlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Ärztliche Bestätigung**

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zu den freiwilligen Impfnachweisen.

\_\_\_\_\_ Datum

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

<sup>1</sup> Die Angabe der Informationen ist verpflichtend, auch wenn die Impfungen für Ihren Aufenthalt nicht verpflichtend vorgeschrieben sind. Freiwillige Impfungen sollten gemäß Ihren nationalen Impfempfehlungen aktualisiert werden.  
<sup>2</sup> Für Hepatitis A wird eine zweimalige Impfung eines Hepatitis A-Impfstoffs (z. B. Havrix 1440, Avaxim, Epaxal) oder drei Dosen einer Hep A/B-Kombination (z. B. Twinrix) empfohlen.

COVID-19 Impfung (mit EMA zugelassenem Impfstoff) <sup>3</sup>		
COVID-19 Impfung erhalten	Datum der ersten Teilimpfung:	Datum der zweiten Teilimpfung:
	Datum der dritten Teilimpfung:	Datum der letzten Auffrischungsimpfung bzw. geplanter Termin:
Ärztliche Bestätigung		
<p>Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zur COVID-19 Schutzimpfung.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Ärztin*des Arztes</p>		

<sup>3</sup><https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-authorized>

Erklärung der*des Studierenden/Ärztin*Arztes/Gastes	
<p>Mit Unterfertigung dieses Schreibens</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nehme ich zur Kenntnis, dass ich mangels ärztlichen Nachweises der gemäß der Richtlinie 2000.0100 der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) geforderten Immunitäten für keine Lehrveranstaltungen/Tätigkeiten im klinischen Bereich von Krankenanstalten der KAGes zugelassen werde (inkl. Teilnahme an Lehrveranstaltungen);</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> stimme ich zu, dass die Medizinische Universität Graz sämtliche personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Erbringung der Infektionsschutz-Anforderungen gemäß den Vorgaben des gegenständlichen Formulars zum Zwecke der Überprüfung des Vorliegens der seitens der KAGes-Richtlinie 2000.0100 geforderten Immunitäten bis zum Wegfall dieses Zweckes intern speichert und verarbeitet, wobei diese Zustimmung jederzeit widerrufen werden kann.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nehme ich zur Kenntnis, dass die Medizinische Universität Graz keinerlei Haftung für etwaige Studienzeit- und Forschungszeitverzögerungen sowie Gesundheitsschäden oder andere Schäden übernimmt, die mir oder Dritten aus der Unterlassung der Erbringung der Infektionsschutz-Anforderungen bzw. der Vornahme der Impfungen entstehen. Ich werde die Medizinische Universität Graz betreffend allfälliger, daraus erwachsender Ansprüche Dritter vollkommen schad- und klaglos halten.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift</p>	

Version 2023-06-27