

## Information für KPJ und Famulaturen:

### KPJ und Famulanten

Sie erhalten in der Zeit des Praktikums im A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein gratis Mittagessen sowie Arbeitskleidung.

KPJ mit Eintragung an einer österreichischen Universität (€ 491,75 brutto/monatlich - Indexanpassung).

### Personalaufnahmebogen:

Sie erhalten einen **Personalaufnahmebogen mit Bitte um Rückübermittlung**, (falls noch keine SVNR vorhanden, bitte frei lassen).

Falls Sie kein EU-Bürger sind, bitte um Übersendung der Daueraufenthaltsgenehmigung in der EU bzw. des jährlichen Aufenthaltstitels oder dem Nachweis für den freien Zugang zum Arbeitsmarkt.

### Inskriptionsbestätigung:

Bitte übermitteln Sie uns eine **Inskriptionsbestätigung** Ihrer Heimatuniversität.

### Infektionsschutznachweis:

Bitte übermitteln Sie uns Ihren **Infektionsschutznachweis**. Gerne können Sie einen bereits vorhandenen Nachweis verwenden, ansonsten bitte beiliegenden Anhang. (**Achtung: Bei fehlendem Nachweis ist das KPJ oder die Famulatur NICHT möglich!**)

### Sollten Sie eine Personalwohnung benötigen:

- Personalwohnung im BKH Kufstein:  
Bitte wenden Sie sich an [sandra.egebacher@bkh-kufstein.at](mailto:sandra.egebacher@bkh-kufstein.at)  
Internet Personalzimmer: im Personaltrakt ist keine W-Lan Verbindung vorhanden, sollten Sie eine Internet-Verbindung wünschen, rufen Sie bitte bei KufNet an, Tel.: 05372/6930351, [info@kufnet.at](mailto:info@kufnet.at); diese können Sie z.B. für ein Monat (ca. € 20,00) abonnieren – bitte vergessen Sie nicht, das Modem bei KufNet zurück zu bringen!
- Frau Raffler: [sieglinde.raffler@kufnet.at](mailto:sieglinde.raffler@kufnet.at), Tel.Nr. 0676/7808520 (Nachbarschaft)
- gretter@kufnet.at, 0664 300 3876 (Nachbarschaft)
- Helga Schwarz, 6330 Kufstein, Kleinholzweg 9, [helga.schwarz@tsn.at](mailto:helga.schwarz@tsn.at), Tel.: 0043 680 2024290
- Auch können Sie sich bei der FHS Kufstein erkundigen, ob evtl. Studentenzimmer frei wären: [Romana.Hubmann@fh-kufstein.ac.at](mailto:Romana.Hubmann@fh-kufstein.ac.at)

Parkplatz: Mitarbeiterparkplätze sind vorhanden. Sie erhalten eine Parkkarte bei der Patientenaufnahme gegen eine Gebühr von €30,-, bei Rückgabe der Karte werden €20,- rückerstattet.

---

## Shuttlebus

Es verkehrt ein **Morgenshuttle** BHF Kufstein – BKH Kufstein um **06.50 Uhr** (Mo-Fr).

Die Shuttle-Verbindung führt das Taxiunternehmen **Taxi Mirco** durch. Der Bus ist mit einem Schild „BKH Kufstein“ markiert. **Dieser Bus dient ausschließlich den Pendlern BHF - BKH.**

ORT: BHF - BKH (Taxistand beim Bahnhof)  
BKH - BHF (Haupteingang BKH)

## Vertragspartner

- **Medizinische Universität Innsbruck:**

Anästhesiologie, Notarzt- und Intensivmedizin
Augenheilkunde und Optometrie
Chirurgie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Innere Medizin
Kinder- und Jugendheilkunde
Neurologie
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Radiologie
Unfallchirurgie
Urologie

- **Medizinische Universität Wien:**

Anästhesiologie, Notarzt- und Intensivmedizin	B,C
Augenheilkunde und Optometrie	C
Chirurgie	B,C
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	C
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	C
Innere Medizin	A,C
Innere Medizin und Nephrologie	C
Innere Medizin und Intensivmedizin	C
Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie	C
Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie	C
Kinder- und Jugendheilkunde	C
Neurologie	C
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	C
Radiologie	C
Unfallchirurgie	B,C
Urologie	B,C

## Für KPJ aus dem Ausland:

Es wird vorausgesetzt, dass Sie über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Sie haben die Möglichkeit, sich in der Zeit Ihres Studiums bei unseren Vertragspartnern, der Med. Uni Innsbruck oder Med. Uni Wien zum Auslandsstudium anzumelden. Somit haben Sie Anspruch auf unsere Leistungen für KPJ (€ 491,75 brutto/monatlich) und können um Erasmus ansuchen.

- Ab mindestens 8-wöchigen/2-monatigen Aufenthalten: Wenden Sie sich bitte diesbezüglich an die Med. Uni Innsbruck, [monika.schlager@i-med.ac.at](mailto:monika.schlager@i-med.ac.at) (bitte beachten Sie, die Anmeldung muss mind. sechs Monate vor Eintritt erfolgen!), Tel.: 0043/512/9003-70065
- oder Med. Uni Wien. Bitte hier an [internationalmobility@meduniwien.ac.at](mailto:internationalmobility@meduniwien.ac.at).

Bitte geben Sie mir unbedingt vor Antritt Bescheid (durch Weiterleitung der Mail-Bestätigung der Universität an mich), ob Sie über die med. Univ. Innsbruck oder med. Univ. Wien angemeldet sind, damit ich dies an die Personalabteilung weiterleiten kann!

Ansonsten klären Sie bitte mit Ihrer Universität ab, ob die Ausbildung anerkannt wird. Dies dürfte aber kein Problem sein, allerdings haben Sie bei Nichtanmeldung über die Univ. Klinik Innsbruck bzw. Univ. Wien keinen Anspruch auf eine Vergütung!

## Einführungsmodus:

- Bitte melden Sie sich bei Dienstantritt in der jeweiligen Abteilung zur **Morgenbesprechung**, danach:
- Sekretariat Ärztliche Direktion – Verwaltung, EG, Frau **Sandra Egerbacher**, wo Sie noch Unterlagen sowie die Essensbestätigung erhalten.
- **Personalbüro 1** – Verwaltung, EG. Sie erhalten Schlüssel für die Station
- **EDV** – Verwaltung, EG. Bitte lassen Sie den KPJ-Zugang freischalten.
- **Wäscheraum** – Keller, blauer Trakt – zum Anpassen der Arbeitskleidung.
- **Patientenaufnahme** – Sie erhalten das Parkticket, falls benötigt.

## Dienstbeginn:

Anästhesiologie:	7:15 Uhr	
Augenabteilung:	7:30 Uhr	
Chirurgie:	7:00 Uhr	
Gynäkologie:	7:30 Uhr	Besprechungsraum Wochenstation 2. OG
HNO:	7:30 Uhr	
Interne:	7:30 Uhr	Besprechungsraum 3. OG
Neurologie:	8:00 Uhr	Besprechungsraum EG, roter Trakt ganz hinten rechts
Pädiatrie:	7:45 Uhr	
Psychiatrie:	8:00 Uhr	
Radiologie:	8:00 Uhr	
Unfallabteilung:	7:00 Uhr	Unfall I
Urologie:	7:15 Uhr	

Mit freundlichen Grüßen

Sandra Egerbacher  
Sekretariat Ärztliche Direktion  
A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein  
Endach 27  
6330 Kufstein  
Tel.: 0043/+5372-6966 1021  
Fax: 0043/+5372-6966 1939  
e-mail: [sandra.egerbacher@bkh-kufstein.at](mailto:sandra.egerbacher@bkh-kufstein.at)

## Infektionsschutz-Anforderung

Sehr geehrte/r Frau/Herr

NAME, Versicherungsnummer und Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bei Antritt Ihrer Arbeit muss für Tätigkeiten im patientennahen Bereich eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen entweder durch einen **ausreichenden Impfschutz** nach dokumentierter zweimaliger Impfung ODER durch eine **positive Antikörperbestimmung (Titer)** als Nachweis vorliegen.

Diese fertig unterzeichnete Infektionsschutz-Anforderung ist dem Betriebsärztlichen Dienst des A. ö. Bezirkskrankenhauses Kufstein **vor dem Dienstantritt vorzulegen**. Ein Dienstantritt ist erst nach Freigabe durch die Arbeitsmedizin möglich ([arbeitsmedizin@bkh-kufstein.at](mailto:arbeitsmedizin@bkh-kufstein.at), Tel.: 05372/6966-1095).

ERFORDERLICHER INFektionSSCHUTZNACHWEIS:			
<b>COVID-19-Impfungen:</b>	1. Impfung am _____	2. Impfung am _____	
Impfstoffname: _____		3. Impfung am _____	
	Infektionsschutz ausreichend 2 dokumentierte Impfungen <b>oder</b> positiver IgG-Titer		
	Impfdatum	Antikörper-Titer	Datum
Masern	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Mumps	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Röteln	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Varizellen	1. Teilimpfung am _____ 2. Teilimpfung am _____		
Pertussis (Diphtherie, Tetanus, Polio)	Impfstoffname: Datum der letzten Impfung: _____		
<b>Dringend empfohlener Infektionsschutz:</b>	<b>Impfdatum</b>	<b>Hep. B-Titer</b>	<b>Datum</b>
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Engerix)	1. Teilimpfung am _____		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A und B (TWINRIX)	2. Teilimpfung am _____ 3. Teilimpfung am _____		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	Auffrischungen am _____		
<i>Falls noch keine oder eine unvollständige Hepatitis-Grundimmunisierung durchgeführt wurde, können im Büro der Arbeitsmedizin kostenlose Impfungen mit Twinrix/Engerix und Hepatitis B-Titerbestimmungen durchgeführt werden. Bitte daher nur die Daten eintragen.</i>			

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit des erforderlichen Infektionsschutzes bestätigt:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes/der Ärztin: \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit der Angaben:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Bewerberin/Bewerbers: \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

- Kopie Impfpass (bitte gut leserlich kopieren)
- Befund Antikörperbestimmung (falls Impfnachweis nicht vorhanden)