

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur SCHUTZIMPfung gegen FSME

1.-15. LEBENSJAHR  15.-16. LEBENSJAHR  AB 16. LEBENSJAHR

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. wählen Sie Zutreffendes aus. (☒ Zutreffendes bitte ankreuzen)  
**Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand/Impfstatus ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin/dem Impfarzt ersucht.** Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (**Impfausweis, Impfkarte**) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

	JA	NEIN
Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer <b>akuten Erkrankung oder Infektion?</b> (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere) Wenn ja, woran? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei der zu impfenden Person eine <b>Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes?</b> (siehe Gebrauchsinformation) Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte die zu impfende Person schon einmal <b>einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps?</b> Wenn ja, worauf? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte bei der zu impfenden Person in den <b>letzten 4 Wochen eine andere Impfung</b> oder wird derzeit eine <b>allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung</b> durchgeführt? Wenn ja, welche und wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat die zu impfende Person in den <b>letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline</b> erhalten? Wenn ja, was und wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt die zu impfende Person <b>blutverdünnende Medikamente</b> ein? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine <b>Chemotherapie und / oder Strahlentherapie</b> durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person <b>immunschwächende Medikamente ein (z.B. Cortison)?</b> Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit <b>nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen?</b> (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber) Wenn ja, nach welcher Impfung und welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet die zu impfende Person an einer <b>schweren oder chronischen Erkrankung?</b> (z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen) Wenn ja, an welcher? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde vor Kurzem bei der zu impfenden Person ein <b>operativer Eingriff</b> durchgeführt oder ist ein solcher geplant? Wenn ja, wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte die zu impfende Person in den <b>letzten 4 Wochen einen Zeckenbiss?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine <b>Schwangerschaft bei der zu impfenden Person besteht, bitte ankreuzen!</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

**Daten der zu impfenden Person:**

Familienname/Nachname

Vorname

Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Österr. Sozialversicherungsnummer**

Geburtsdatum

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers  inter  offen  kein Eintrag**Erziehungsberechtigte Person / Gesetzlicher Vertreter:** (für allfällige Rückfragen des Impfarztes)

Vor- und Nachname

Telefon

E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** (Beiblatt 1) und die **Gebrauchsinformation** (Beiblatt 2) zum obengenannten Impfstoff gelesen habe. (Diese Information finden Sie unter [www.land-oberoesterreich.gv.at/22731.htm](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/22731.htm) und ist Bestandteil dieses Aufklärungs- und Dokumentationsbogens.) Ich wurde dort über den Nutzen der Impfung, die Zusammensetzung des Impfstoffes, Gegenanzeigen für die Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden. Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch, bzw. hatte ich Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.

**Information zum Datenschutz:**

Personenbezogene Daten (Name, Geburtsdatum, Adress- und Kontaktdaten, Sozialversicherungsnummer, Art und Datum der Impfung) werden in der Impfdatenbank des Magistrates Steyr zum Zweck der Dokumentation gespeichert und können von den Gesundheitsbehörden in Oberösterreich im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus eingesehen werden. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist auch im Impfregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen. **Allgemeine Informationen zum Datenschutz:** [www.steyr.at/datenschutz](http://www.steyr.at/datenschutz)



**Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden und bestätige mit meiner Unterschrift, der Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zuzustimmen.**

Bitte ankreuzen:

1. Teilimpfung  2. Teilimpfung  3. Teilimpfung  1. Auffrischung nach 3 Jahren  Auffrischung
3. Kind  4. Kind  5. Kind  .....Kind

Datum

**UNTERSCHRIFT** / bei Kindern unter 14 Jahren: Unterschrift d. Erziehungsberechtigten/ gesetzl. Vertreter**Hinweise:**

- \* Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz empfohlen.
- \* Weitere Informationen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Homepage des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ([www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) unter der Rubrik „Impfen“).
- \* Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte den Impfarzt/die Impfärztin.
- \* Die Impfdaten werden zur Verrechnung und Dokumentation elektronisch erfasst.
- \* **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**
- \* Bitte bringen Sie **Ihre Impfdokumente (Impfpass)** zur Impfung mit!

**Ärztliche Anmerkungen:**

- Oberarm rechts  Oberarm links  Offlabel-Anwendung

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin