

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR SCHUTZIMPfung

Name der Schutzimpfung

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN:

(⊗ Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin/dem Arzt vor dem Impftermin mit.

Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

	Ja	Nein
1. Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Huster, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran ?		
2. Leidet die zu impfende Person an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?.....		
3. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?		
4. Leidet die zu impfende Person an einer schweren oder chronischen Erkrankung ? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle) Wenn ja, an welcher?.....		
5. Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? Wenn ja, welche?		
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche..... und wann?		
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?		
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?		
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen?		
10. Besteht eine Schwangerschaft bei der zu impfenden Person?		

Bitte wenden – Danke!

Die entsprechende, aktuelle und vollständige Version der Gebrauchsinformation des Impfstoffes ist Bestandteil dieser Einverständniserklärung und muss zusätzlich zu den 2 Seiten der Einverständniserklärung beigelegt werden.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen - Danke

Familienname der zu impfenden Person

Vorname der zu impfenden Person

Adresse

Wenn verfügbar, Sozialversicherungsnummer
der zu impfenden Person

Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr

Name der Sozialversicherung (z.B. WGKK)

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) Name der gesetzlichen
Vertretung der zu impfenden Person

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Gebrauchsinformation** zum obengenannten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Datum

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

- Weitere Informationen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, www.bmgf.gv.at unter der Rubrik „Impfen“
- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte die Impfärztin/den Impfarzt
- **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**

Ärztliche Anmerkungen:

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes