

Einwilligung zur Schutzimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung

Schule	Klasse	Impftermin			
Vor- und Familienname des Impflings:		männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>		
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:					
Sozialversichert bei:		T	T	M	M
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:					
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)					

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| 2. Ist beim Impfung eine Allergie bekannt, z. B. gegen Neomycin oder Polymyxin? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| 3. Besteht bei der zu impfenden Person eine chronische Erkrankung z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| 4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: | | |
| 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)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| 7. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Bei Frauen: Ist die zu impfende Frau schwanger ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Schutzimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung 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 benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung sowie der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.

Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, sich dazu an das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

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

Verwendeter Impfstoff: Repevax

Boostrix Polio

Datum

Unterschrift

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.

Ärztliche Anmerkungen:

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Information über die Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung

Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

Die freiwillige Impfung ist für die Aufrechterhaltung des durch die Grundimmunisierung erworbenen Impfschutzes notwendig. Sie dient zur Auffrischung, wenn Sie bereits gegen Diphtherie und Tetanus geimpft worden sind.

Alle Schulkinder sollen im 7. bis 9. Lebensjahr eine Auffrischungsimpfung erhalten.

Ein Abstand von mindestens 2 Jahren zur letzten Diphtherie-Tetanus-Impfung sollte nicht unterschritten werden.

Der Impfstoff kann bei gänzlich ungeimpften Personen ab vollendetem 6. Lebensjahr gemäß den Empfehlungen des österreichischen Impfplans auch verwendet werden, um die Grundimmunisierung nachzuholen.

Empfohlene Intervalle: Erwachsene alle 10 Jahre, Personen ab 60 alle 5 Jahre.

Bei der ausnahmsweisen Verwendung zur nachträglichen Grundimmunisierung soll die zweite Dosis nach einem (bis zwei) Monat(en), und die dritte Dosis nach 6 (bis 12) Monaten verabreicht werden.

Weitere Infos siehe www.ktn.gv.at/impfen

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch. Sie enthält Informationen zum Impfstoff, zu den vier Krankheiten, gegen die sie schützt, weiters Anwendungshinweise sowie Informationen über Nebenwirkungen und Vorsichtsmaßnahmen.

Sie finden umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich und beantwortet weitere Fragen.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem impfenden Arzt / der impfenden Ärztin bzw. dem Gesundheitsamt gemeldet werden. Lokalreaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Rötung, Schwellung) sind üblicherweise mild und bilden sich spontan und folgenlos zurück.

Auch von starker Schwellung der Extremität, die sich von der Injektionsstelle aus über ein bis zwei Gelenke ausdehnt und mit Rötung und manchmal auch Blasenbildung einhergehen kann, wurde berichtet. Diese Reaktion trat zumeist in den ersten 48 Stunden nach der Impfung auf und bildete sich spontan in durchschnittlich vier Tagen folgenlos zurück.

Derartige Nebenwirkungen sind als natürliche Reaktion des Immunsystems möglich, aber in der Regel harmlos und klingen innerhalb kurzer Zeit von selbst wieder ab.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 15 Minuten an der Impfstelle zu verweilen, bei Allergierisiko 30-60 Minuten.

Ihre Daten werden zum Zwecke der Verrechnung und Dokumentation elektronisch verarbeitet und streng vertraulich behandelt.

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.

Bitte den Impftermin am Kalender notieren!

Bitte Impfpass und Einwilligung am Impftag mitgeben, sonst kann nicht geimpft werden!

Versäumte Impftermine sollen ehestmöglich nachgeholt werden.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -