

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

**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 oben genannten 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 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 den Sanitätsdienst/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.**

-----  
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 Gesundheit und Frauen, [www.bmgf.gv.at](http://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