

## 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 oder 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 <b>akuten Erkrankung</b> (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran ? .....		
2. Leidet die zu impfende Person an einer <b>Allergie</b> (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?.....		
3. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig <b>Medikamente</b> ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche? .....		
4. 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?.....		
5. 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? .....		
6. Hat die zu impfende Person in den letzten <b>4 Wochen</b> eine <b>andere Impfung</b> erhalten? Wenn ja, welche..... und wann? .....		
7. Hat die zu impfende Person in den <b>letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte</b> oder <b>Immunglobuline</b> erhalten?		
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine <b>Chemo-</b> und/oder <b>Bestrahlungstherapie</b> ?		
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer <b>eingreifenden Behandlung</b> (z.B. <b>Operation</b> ) unterziehen?		
10. Besteht eine <b>Schwangerschaft</b> 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

-----  
Familiename 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 einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.**

**Ich bin mit der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung einverstanden. Ich stimme zu, dass folgende personenbezogene Daten, nämlich Vor- und Familienname, Geburtsdatum, Bezeichnung der Impfung, Chargennummer und Impfdatum zum Zweck der Verrechnung an die örtlich zuständige Bezirksverwaltungsbehörde übermittelt werden. Ich kann meine Zustimmung jederzeit widerrufen. Ein Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung (Übermittlungen) bis zu deren Eintreffen nicht.**

Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin oder 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 Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz [www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) unter der Rubrik „Impfen“
- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte die Impfärztin oder den Impfarzt
- **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**

**Ärztliche Anmerkungen:**

-----  
Datum

-----  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes