



# Schutzimpfung

Einverständniserklärung für **Kinder / Schülerinnen und Schüler**

## Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

### Bezirksverwaltungsbehörde

Bezirkshauptmannschaft

Perg

Dirnbergerstraße

11

4320 Perg

Eingangsstempel

Rückfragen: Tel. Nr. 07262/551-67481

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. Zutreffendes auswählen.

**Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin/dem Impfarzt ersucht.**

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

## 1. Schutzimpfung

### 1.1 Schutzimpfung gegen

HPV  
Gardasil 9

## 2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leidet oder litt Ihr Kind in den letzten 7 Tagen an einer <b>akuten Erkrankung</b> (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung <b>Beschwerden oder Nebenwirkungen</b> ? (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet Ihr Kind an einer <b>Allergie</b> ? (insbes. auf Hühnereweiß, Medikamente) Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig <b>Medikamente</b> ein? (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet Ihr Kind 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="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Kind in den <b>letzten 4 Wochen</b> eine <b>andere Impfung</b> erhalten? Wenn ja, welche _____ und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Kind in den <b>letzten 3 Monaten</b> <b>Blut, Blutprodukte</b> oder <b>Immunglobuline</b> erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bekommt Ihr Kind derzeit eine <b>Chemotherapie</b> und / oder <b>Bestrahlungstherapie</b> ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Musste Ihr Kind sich vor kurzem einer <b>eingreifenden Behandlung</b> (z.B. Operation) unterziehen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sofern eine <b>Schwangerschaft</b> bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!	<input type="radio"/> Ja

