



# FSME-Schutzimpfung

Einverständniserklärung für Erwachsene

## Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

### Bezirksverwaltungsbehörde

---



---



---

Eingangsstempel

Rückfragen: \_\_\_\_\_

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

FSME  
FSME-IMMUN 0,5 ml

## 2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leiden oder litten Sie 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
Hatten Sie bereits einmal nach einer Impfung <b>Beschwerden oder Nebenwirkungen</b> ? <small>(mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an einer <b>Allergie</b> ? <small>(insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)</small> Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ein? <small>(z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)</small> Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an einer <b>schweren oder chronischen Erkrankung</b> ? <small>(z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle)</small> Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie 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
Haben Sie in den <b>letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte</b> oder <b>Immunglobuline</b> erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bekommen Sie derzeit eine <b>Chemotherapie</b> und / oder <b>Bestrahlungstherapie</b> ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Mussten Sie 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> besteht, bitte ankreuzen!	<input type="radio"/> Ja

### 3. Angaben zur Person

#### 3.1 Persönliche Daten

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname / Nachname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Nachgestellte Titel \_\_\_\_\_

Österreichische Sozialversicherungsnummer (Format 1234TTMMJJ) | \_\_\_\_\_

#### 3.2 Adresse

Straße \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### 4. Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** (*Beiblatt 1*) und die **Gebrauchsinformation** (*Beiblatt 2*) zum obengenannten Impfstoff gelesen habe. Ich wurde dort über den Nutzen der Impfung, die Zusammensetzung des Impfstoffes, Gegenanzeigen für die Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch, bzw. hatte ich Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.



[www.land-oberoesterreich.gv.at/22786.htm](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/22786.htm)

#### Information zum Datenschutz

Meine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Adress- und Kontaktdaten, Sozialversicherungsnummer, Art und Datum der Impfung) werden in der Impfdatenbank des Landes Oberösterreich zum Zweck der Dokumentation und Verrechnung gespeichert und können von den Gesundheitsbehörden in OÖ (Bezirkshauptmannschaften und Magistrate) im Anlassfall zur Abfrage meines Impfstatus eingesehen werden. Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist auch im Impfregeister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen.

**Allgemeine Informationen zum Datenschutz:** [www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz)

**Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden:**

1. Teilimpfung    2. Teilimpfung    3. Teilimpfung    1. Auffrischung nach 3 Jahren    Auffrischung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### 5. Hinweise

- Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz empfohlen.
- Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ([www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) unter der Rubrik „Impfen“)
- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte den Impfarzt / die Impfärztin.
- **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**
- Bitte bringen Sie Ihre **Impfdokumente (Impfpass)** zur Impfung mit!

### Ärztliche Anmerkungen

vom Impfarzt / von der Impfärztin auszufüllen

Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes