

Bezirkshauptmannschaft/Magistrat: \_\_\_\_\_



Rückfragen: \_\_\_\_\_



LAND

OBERÖSTERREICH

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für KINDER/SCHÜLERINNEN zur SCHUTZIMPfung gegen

**FSME**  
**FSME-IMMUN 0,25 ML JUNIOR**

### BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN:

(☒ Zutreffendes bitte ankreuzen)

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.

|  | Ja                       | Nein                                |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 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?<br>.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Leidet Ihr Kind an einer <b>Allergie</b> (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?<br>.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig <b>Medikamente</b> ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)?<br>Wenn ja, welche?<br>.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 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)<br>Wenn ja, an welcher?<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Hat Ihr Kind in den <b>letzten 4 Wochen</b> eine <b>andere Impfung</b> erhalten?<br>Wenn ja, welche .....<br>und wann? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Hat Ihr Kind in den <b>letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte</b> oder <b>Immunglobuline</b> erhalten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Bekommen Sie derzeit eine <b>Chemo-</b> und/oder <b>Bestrahlungstherapie</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Mussten Sie sich vor kurzem einer <b>eingreifenden Behandlung</b> (z.B. Operation) unterziehen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Sofern eine <b>Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!</b>  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Bitte wenden – Danke!**

## Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

|  |  |
|--|--|
| -----<br>Familienname des Kindes   | -----<br>Vorname des Kindes                                  |
| -----<br>Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort)                      |  |
| -----<br>Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum des Kindes: Tag/Monat/Jahr |  |
| -----<br>Name der oder des Erziehungsberechtigten                              | -----<br>Telefonnr. für allfällige Rückfragen des Impfarztes |

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.

Wenn Sie die **Möglichkeit eines persönlichen 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.

**Information zum Datenschutz:** Meine personenbezogenen Daten bzw. die personenbezogenen Daten meines Kindes (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 des Impfstatus der geimpften Person eingesehen werden.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz>

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

Bitte ankreuzen:

1. Teilimpfung     2. Teilimpfung     3. Teilimpfung     1. Auffrischung nach 3 Jahren     Auffrischung  
 3. Kind     4. Kind     5. Kind     ...Kind

(siehe Sonderregelung ab dem 3. Kind, Beiblatt 1)

-----  
Datum, **Unterschrift** der bzw. des Erziehungsberechtigten oder der bzw. des zu impfenden Jugendlichen über dem 14. Lebensjahr

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.

### Hinweise:

- \* Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz empfohlen.
- \* Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.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:

-----  
Datum

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