



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für ERWACHSENE zur SCHUTZIMPfung gegen

FSME ERW. 0,5 ML

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN:

(☒ Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer schweren oder chronischen Erkrankung ? (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"/>
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine Schwangerschaft besteht, bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte wenden!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – danke!

-----	-----
Familienname	Vorname

Adresse (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnr.)	

Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr	

Telefonnummer	

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.

Datenschutz:

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten bzw. die personenbezogenen Daten meines Kindes (Name, Geburtsdatum, Adress- und Kontaktdaten, Sozialversicherungsnummer, Art und Datum der Impfung) in der Impfdatenbank des Landes Oberösterreich zum Zweck der Dokumentation und Verrechnung gespeichert werden und von den Gesundheitsbehörden in OÖ im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus der geimpften Person eingesehen werden können. Die Daten werden nicht weitergegeben.

Bei Nichteinverständnis bitte hier ankreuzen:

Widerruf: diese Einwilligung kann jederzeit bei Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Gesundheit, Bahnhofplatz 1, 4021 Linz, oder per E-Mail an ges.post@ooe.gv.at widerrufen werden.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden:

Datum, **Unterschrift**

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 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!**

Ärztliche Anmerkungen: