



Einverständniserklärung für Kinder/Schülerinnen zur Schutzimpfung gegen

FSME 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 Ihres Kindes ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin/dem Impfarzt ersucht.

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

	Ja	Nein
Leidet oder litt Ihr Kind den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind 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"/>
Leidet Ihr Kind an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind 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"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt ihr Kind derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musste sich ihr Kind vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte wenden!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – danke!

----- Familiename des Kindes	----- Vorname des Kindes
----- Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	
----- Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum des Kindes: Tag/Monat/Jahr	
----- Name der oder des Erziehungsberechtigten	----- 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.

Wenn Sie die **Möglichkeit eines persönlichen Gespräches** mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, sich an den Sanitätsdienst Ihrer Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden.

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** der/des Erziehungsberechtigten oder der/des zu impfenden Jugendlichen ab 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 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: