



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für ERWACHSENE zur SCHUTZIMPfung gegen

FSME
FSME-IMMUN 0,5 ML

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN:

(8 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
Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran?	†	†
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)?	†	†
Leiden Sie an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	†	†
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	†	†
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?	†	†
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann?	†	†
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	†	†
Bekommen Sie derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?	†	†
Mussten Sie sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen?	†	†
Sofern eine Schwangerschaft besteht, bitte ankreuzen!	†	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

----- Familiename	----- Vorname
----- Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort)	
----- Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr	

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.

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.

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

Datum, **Unterschrift**

Hinweise:

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

Ärztliche Anmerkungen:

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes