



# FSME-Schutzimpfung

## Einverständniserklärung für Erwachsene

Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

### Bezirksverwaltungsbehörde

Magistrat der Stadt Wels, Dst. Gesundheitsdienst

Rot-Kreuz-Straße 1

4600 Wels

Eingangsstempel

Rückfragen: Fr. G. Podskalsky, BZ/GD, 07242/235-3920

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 (Zeckenschutzimpfung)**  
mit dem Impfstoff FSME-IMMUN 0,5 ml  
für Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

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

## 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> ? (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an einer <b>Allergie</b> ? (insbes. auf Hühnereweiß, Medikamente) Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ein? (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an einer <b>schweren oder chronischen Erkrankung</b> ? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle) 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 \_\_\_\_\_  
Familiename / 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.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### Information zum Datenschutz:

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Adress- und Kontaktdaten, Sozialversicherungsnummer, Art und Datum der Impfung) in der Impfdatenbank der Stadt Wels (EGW) zum Zweck der Dokumentation und Verrechnung gespeichert werden. Die Daten werden nicht weitergegeben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Widerruf: Diese Einwilligung kann jederzeit bei der Stadt Wels, BZ, Dst. Gesundheitsdienst, 4600 Wels, Rot-Kreuz-Straße 3 oder per E-mail an [gd@wels.gv.at](mailto:gd@wels.gv.at) widerrufen werden.

### 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