



FSME-Schutzimpfung

Einverständniserklärung für **Kinder / Schülerinnen und Schüler**

Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

Bezirksverwaltungsbehörde

Magistrat der Stadt Wels, Dst. Gesundheitsdienst

Rot-Kreuz-Straße 3

4600 Wels

Eingangsstempel

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

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. Zutreffendes auswählen (= eine Auswahlmöglichkeit, = mehrere Auswahlmöglichkeiten) .

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 0,25ml
für Personen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr**

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

2. Anamnese / Gesundheitszustand

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

3. Angaben zur Person

3.1 Persönliche Daten des Kindes

Vorname _____
Familiename / Nachname _____
Österreichische Sozialversicherungsnummer (Format 1234TTMMJJ) | _____
Straße _____ Nummer _____
PLZ _____ Ort _____

3.2 Erziehungsberechtigte Person

Vor- und Nachname _____
Telefonnummer _____ (für allfällige Rückfragen des Impfarztes)

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.

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.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten Person **oder**
der zu impfenden jugendlichen Person
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.*

Information zum 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 der Stadt Wels (EGW) zum Zweck der Dokumentation und Verrechnung gespeichert werden. Die Daten werden nicht weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten Person **oder**
der zu impfenden jugendlichen Person
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.*

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 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 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

