



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

Eingangsstempe

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 Hühnereweiß, 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

