

Schutzimpfung

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen für **Erwachsene**

Stadt Wels

Dienststelle Gesundheitsdienst

Rot-Kreuz-Straße 3, 4600 Wels

E-Mail: gd@wels.gv.at

Fax: +43 7242 235-3990

Rückfragen an:

Frau Gabriele Podskalsky, Tel.: +43 7242 235-3920

Eingangsstempel

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. wählen Sie Zutreffendes aus.

Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand / Impfstatus ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin/dem Impfarzt ersucht.

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

1. Schutzimpfung

1.1 Schutzimpfung gegen

2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion? (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere) Wenn ja, woran? _____	☐ Ja ☐ Nein
Besteht bei der zu impfenden Person eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes? (siehe Gebrauchsinformation) Wenn ja, welche? _____	☐ Ja ☐ Nein
Hatte die zu impfende Person schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps? Wenn ja, worauf? _____	☐ Ja ☐ Nein
Erfolgte bei der zu impfenden Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung oder wird derzeit eine allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung durchgeführt? Wenn ja, welche und wann? _____	☐ Ja ☐ Nein
Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? Wenn ja, was und wann? _____	☐ Ja ☐ Nein
Nimmt die zu impfende Person blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	☐ Ja ☐ Nein
Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine Chemotherapie und / oder Strahlentherapie durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person immunschwächende Medikamente ein (z.B. Cortison)? Wenn ja, welche? _____	☐ Ja ☐ Nein
Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen? (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber) Wenn ja, nach welcher Impfung und welche? _____	☐ Ja ☐ Nein
Leidet die zu impfende Person an einer schweren oder chronischen Erkrankung? (z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen) Wenn ja, an welcher? _____	☐ Ja ☐ Nein
Wurde vor Kurzem bei der zu impfenden Person ein operativer Eingriff durchgeführt oder ist ein solcher geplant? Wenn ja, wann? _____	☐ Ja ☐ Nein
Sofern eine Schwangerschaft bei der zu impfenden Person besteht, bitte ankreuzen! Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____	☐ Ja

3. Angaben zur Person

3.1 Persönliche Daten

Vorname

Familienname / Nachname

Titel	Geburtsdatum
...	...



Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ inter ☐ offen ☐ kein Eintrag

Ggf. Name des gesetzlichen Vertreters _____

3.2 Adresse / Kontakt

Struktur		Inhalt	
Struktur	Inhalt	Struktur	Inhalt
1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1.2	1.2.1	1.2.1	1.2.1
1.3	1.3.1	1.3.1	1.3.1
1.4	1.4.1	1.4.1	1.4.1
1.5	1.5.1	1.5.1	1.5.1
1.6	1.6.1	1.6.1	1.6.1
1.7	1.7.1	1.7.1	1.7.1
1.8	1.8.1	1.8.1	1.8.1
1.9	1.9.1	1.9.1	1.9.1
1.10	1.10.1	1.10.1	1.10.1
1.11	1.11.1	1.11.1	1.11.1
1.12	1.12.1	1.12.1	1.12.1
1.13	1.13.1	1.13.1	1.13.1
1.14	1.14.1	1.14.1	1.14.1
1.15	1.15.1	1.15.1	1.15.1
1.16	1.16.1	1.16.1	1.16.1
1.17	1.17.1	1.17.1	1.17.1
1.18	1.18.1	1.18.1	1.18.1
1.19	1.19.1	1.19.1	1.19.1
1.20	1.20.1	1.20.1	1.20.1
1.21	1.21.1	1.21.1	1.21.1
1.22	1.22.1	1.22.1	1.22.1
1.23	1.23.1	1.23.1	1.23.1
1.24	1.24.1	1.24.1	1.24.1
1.25	1.25.1	1.25.1	1.25.1
1.26	1.26.1	1.26.1	1.26.1
1.27	1.27.1	1.27.1	1.27.1
1.28	1.28.1	1.28.1	1.28.1
1.29	1.29.1	1.29.1	1.29.1
1.30	1.30.1	1.30.1	1.30.1
1.31	1.31.1	1.31.1	1.31.1
1.32	1.32.1	1.32.1	1.32.1
1.33	1.33.1	1.33.1	1.33.1
1.34	1.34.1	1.34.1	1.34.1
1.35	1.35.1	1.35.1	1.35.1
1.36	1.36.1	1.36.1	1.36.1
1.37	1.37.1	1.37.1	1.37.1
1.38	1.38.1	1.38.1	1.38.1
1.39	1.39.1	1.39.1	1.39.1
1.40	1.40.1	1.40.1	1.40.1
1.41	1.41.1	1.41.1	1.41.1
1.42	1.42.1	1.42.1	1.42.1
1.43	1.43.1	1.43.1	1.43.1
1.44	1.44.1	1.44.1	1.44.1
1.45	1.45.1	1.45.1	1.45.1
1.46	1.46.1	1.46.1	1.46.1
1.47	1.47.1	1.47.1	1.47.1
1.48	1.48.1	1.48.1	1.48.1
1.49	1.49.1	1.49.1	1.49.1
1.50	1.50.1	1.50.1	1.50.1
1.51	1.51.1	1.51.1	1.51.1
1.52	1.52.1	1.52.1	1.52.1
1.53	1.53.1	1.53.1	1.53.1
1.54	1.54.1	1.54.1	1.54.1
1.55	1.55.1	1.55.1	1.55.1
1.56	1.56.1	1.56.1	1.56.1
1.57	1.57.1	1.57.1	1.57.1
1.58	1.58.1	1.58.1	1.58.1
1.59	1.59.1	1.59.1	1.59.1
1.60	1.60.1	1.60.1	1.60.1
1.61	1.61.1	1.61.1	1.61.1
1.62	1.62.1	1.62.1	1.62.1
1.63	1.63.1	1.63.1	1.63.1
1.64	1.64.1	1.64.1	1.64.1
1.65	1.65.1	1.65.1	1.65.1
1.66	1.66.1	1.66.1	1.66.1
1.67	1.67.1	1.67.1	1.67.1
1.68	1.68.1	1.68.1	1.68.1
1.69	1.69.1	1.69.1	1.69.1
1.70	1.70.1	1.70.1	1.70.1
1.71	1.71.1	1.71.1	1.71.1
1.72	1.72.1	1.72.1	1.72.1
1.73	1.73.1	1.73.1	1.73.1
1.74	1.74.1	1.74.1	1.74.1
1.75	1.75.1	1.75.1	1.75.1
1.76	1.76.1	1.76.1	1.76.1
1.77	1.77.1</		

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

4. Erklärung



Information zum Datenschutz



Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift (der zu impfenden Person oder des gesetzlichen Vertreters)

5. Hinweise

- 



Ärztliche Anmerkungen vom Impfarzt / von der Impfärztin auszufüllen

vom Impfarzt / von der Impfärztin auszufüllen

Impfung

Impfstelle / Organisation _____ Impfdatum (TT.MM.JJJJ) | | | | | | | |

Vereinbarter Impfstoff _____ Chargennummer (LOT oder Ch.B.) _____

Name von der impfenden Person (falls abweichend) _____

Ärztliche Anmerkungen

☐ Vorbereitung durch Dritte ☐ Oberarm rechts ☐ Oberarm links

☐ Oberarm rechts ☐ Oberarm links

☐ Oberarm links

☐ Offlabel-Anwendung

Ort, Datum

Name, Stempel und Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes