



FSME-Schutzimpfung

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen für **Kinder / Jugendliche**

Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

Bezirksverwaltungsbehörde

Eingangsstempel

Rückfragen: _____

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

Schutzimpfung gegen FSME (FSME-IMMUN 0,25 ml Junior)

1. Teilimpfung
 2. Teilimpfung
 3. Teilimpfung
 1. Auffrischung nach 3 Jahren
 Auffrischung
 3. Kind
 4. Kind
 5. Kind
 ____ Kind (siehe Sonderregelung ab dem 3. Kind, Beiblatt 1)

2. Anamnese / Gesundheitszustand

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



3. Angaben zur Person

3.1 Daten des Kindes

Vorname _____
Familiename / Nachname _____
Adresse _____
Geburtsdatum _____

► **Österreichische Sozialversicherungsnummer** (Format 1234TTMMJJ) | _____

Geschlecht weiblich männlich divers inter offen kein Eintrag

3.2 Erziehungsberechtigte Person (für allfällige Rückfragen des Impfarztes)

Vor- und Nachname _____
Telefon _____ E-Mail _____

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. (Diese Information finden Sie unter www.land-oberoesterreich.gv.at/22731.htm und ist Bestandteil dieses Aufklärungs- und Dokumentationsbogens.) 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

Personenbezogene 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 Oberösterreich (Bezirkshauptmannschaften und Magistrate) im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus eingesehen werden. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist auch im Impfregeister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen. **Allgemeine Informationen zum Datenschutz:** www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz und www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung

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.

5. Hinweise

- Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz empfohlen.
- **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**
- Weitere Informationen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Homepage des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (www.sozialministerium.at unter der Rubrik „Impfen“).
- Für den Fall eventuell auftretender Impfreaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung 20 Minuten in Reichweite der Ärztin/des Arztes.
- Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin / Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin / Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen oder kontaktieren Sie 0800 555 621.
- Die Anwendung mancher Impfstoffe (z.B. Affenpocken, HPV,...) erfolgt außerhalb der Zulassung (=Offlabel), wird jedoch seitens des nationalen Impfgremiums empfohlen, um den zu impfenden Personen die bestmöglich evidenzbasierte Behandlung zukommen zu lassen. Eine Offlabel-Anwendung bedarf erhöhter Sorgfalts- und Aufklärungspflichten.



Ärztliche Anmerkungen

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
 Offlabel-Anwendung

Ort, Datum

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