



# FSME-Schutzimpfung

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen für Kinder / Jugendliche

## Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

### Bezirksverwaltungsbehörde

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse übernehmen

Zum Ausfüllen, Bearbeiten und Speichern dieses Formulars benötigen Sie das Programm **Acrobat Reader**.  
Wichtige Hinweise zur Nutzung von PDF-Formularen

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

### 3. Angaben zur Person

#### 3.1 Daten des Kindes

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname / 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](http://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](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz) und [www.elqa.gv.at/datenschutzerklaerung](http://www.elqa.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](http://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](http://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 \_\_\_\_\_

Formular zurücksetzen

Formular drucken