



INFLUENZA-Schutzimpfung

Einverständniserklärung für Erwachsene

San: 30-10
Code: SA19
Betrag: 7,00 Euro

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 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 INFLUENZA

1.2 Impfstoff _____

2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgte bei Ihnen in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung oder wird derzeit eine allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes? (siehe Gebrauchsinformation) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatten Sie schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps? Wenn ja, worauf? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? Wenn ja, was und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bekommen Sie derzeit eine Chemotherapie und / oder Bestrahlungstherapie oder nehmen Sie immunschwächende Medikamente ein (z.B. Cortison)? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bestanden bei Ihnen 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
Leiden Sie an einer schweren oder chronischen Erkrankung? (z.B. Immunschwäche, Krebskrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen) Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Mussten Sie sich vor kurzem einem operativen Eingriff unterziehen oder ist dieser bei Ihnen geplant? Wenn ja, wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sofern eine Schwangerschaft besteht, bitte ankreuzen! Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____	<input type="radio"/> Ja

3. Angaben zur Person

3.1 Persönliche Daten

Vorname _____

Familienname / Nachname _____

Titel _____ Geburtsdatum _____

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

Geschlecht weiblich männlich divers inter offen kein Eintrag

3.2 Adresse / Kontakt

Straße _____ Nummer _____

PLZ _____ Ort _____

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/84642.htm) 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

Meine personenbezogenen 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 meines Impfstatus eingesehen werden. Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bzw. der personenbezogenen Daten meines Kindes ist auch im Impfreister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen. **Allgemeine Informationen zum Datenschutz:** www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz



Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift

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 <https://nebenwirkung.basg.gv.at/meldende-person.php> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.
- Bitte bringen Sie Ihre **Impfdokumente (Impfpass)** zur Impfung mit!



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) _____

Vorbereitung durch Dritte Oberarm rechts Oberarm links

Ärztliche Anmerkungen

Ort, Datum

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