ZUR VERWENDUNG IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST

Bezirkshauptmannschaft/Magistrat: _____

Rückfragen: _____

LAND OBERÖSTERREICH

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für KINDER/SCHÜLERINNEN zur SCHUTZIMPFUNG gegen

FSME
FSME-IMMUN 0,25 ML JUNIOR

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN:

(⊗ Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

	Ja	Nein
Leidet oder litt Ihr Kind in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung** (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran?	☐	☐
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)?	☐	☐
Leidet Ihr Kind an einer **Allergie** (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	☐	☐
Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	☐	☐
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?	☐	☐
Hat Ihr Kind in den **letzten 4 Wochen** eine **andere Impfung** erhalten? Wenn ja, welche ..... und wann?	☐	☐
Hat Ihr Kind in den **letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte** oder **Immunglobuline** erhalten?	☐	☐
Sofern eine **Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!**	☐	☒

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

Familienname des Kindes	Vorname des Kindes
Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort)	
Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum des Kindes: Tag/Monat/Jahr	
Name der oder des Erziehungsberechtigten	Telefonnr. für allfällige Rückfragen des Impfarztes

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** (Beiblatt 1) und die **Gebrauchsinformation** (Beiblatt 2) zum obengenannten Impfstoff gelesen habe. 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.

Wenn Sie die **Möglichkeit eines persönlichen Gespräches** mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, sich dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden: **ja ☐** **nein ☐**

Bitte ankreuzen:

☐ 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)

Datum, **Unterschrift** der oder des Erziehungsberechtigten (und des Kindes bei Kindern über dem 14. Lebensjahr)

Hinweise:

- Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Gesundheit empfohlen.
- Informationen zu Impfungen: Bundesministerium für Gesundheit, www.bmg.gv.at, unter Prävention > Impfen, Österreichischer Impfplan
- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte den Impfarzt/die Impfärztin.
- Die Impfdaten werden zur Verrechnung und Dokumentation elektronisch erfasst.
- **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**
- Bitte bringen Sie **Ihre Impfdokumente (Impfpass)** zur Impfung mit!

Ärztliche Anmerkungen:	
Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin