

Einverständniserklärung zur Schutzimpfung

Nimenrix[®], Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung in einer Fertigspritze

DiphtherieMeningokokken-Gruppen A, C, W-135 und Y-Konjugatimpfstoff

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

 Zutreffendes bitte ankreuzen

Leidet oder litt Ihr Kind in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung** (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran? ja nein

Leidet Ihr Kind an einer **Allergie** (insbesondere auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein (z. B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche? ja nein

Leidet Ihr Kind an einer **schweren** oder **chronischen Erkrankung**? (z. B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirnes oder Rückenmarkes, epileptische Anfälle)? Wenn ja, an welcher? ja nein

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)? ja nein

Wurde beim Impfung in den letzten 2 Wochen eine spezifische **Immuntherapie** („Allergieimpfung“) durchgeführt? ja nein

Hat Ihr Kind in den letzten **4 Wochen** eine **andere Impfung** erhalten? Wenn ja, welche und wann? ja nein

Hat Ihr Kind in den **letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte** oder **Immunglobuline** erhalten? ja nein

Bekommt Ihr Kind derzeit eine **Chemo-** und / oder **Bestrahlungstherapie**? ja nein

Musste Ihr Kind sich vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z. B. **Operation**) unterziehen? Oder ist in den kommenden 14 Tagen eine Operation geplant? ja nein

Liegt eine **Schwangerschaft** vor? ja nein

Sollte Ihr Kind zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin / dem Arzt vor dem Impftermin mit.

Geben Sie Ihrem Kind zur Impfung alle Impfaufzeichnungen mit (Impfausweis, Impfkarte).

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen - Danke

Familienname / Vorname des Kindes

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Geb. Datum

Adresse

Name der oder des Erziehungsberechtigten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die [Gebrauchsinformation](#) zum oben genannten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen / Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch, bzw. hatte die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin / dem Impfarzt zu besprechen.

Ich bin mit der Datenübermittlung zum Zweck der Verrechnung und der Dokumentation mit einem EDV Programm zur Erstellung der Impfstatistik des Landes Vorarlberg einverstanden. Dies dient auch der Neuausstellung eines Impfausweises bei Verlust.

[Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden.](#)

Datum

Unterschrift der / des zu Impfenden bzw. der / des Erziehungsberechtigten

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Zustimmungserklärung eines Elternteiles bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

[Hinweise:](#)

- » Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Gesundheit empfohlen und im Rahmen des Österreichischen Impfkonzeptes gratis angeboten
- » Weitere Informationen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit, www.bmg.gv.at unter der Rubrik „Impfen“
- » Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte die Impfärztin / den Impfarzt
- » [Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!](#)

Nimenrix®, Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung in einer Fertigspritze

DiphtherieMeningokokken-Gruppen A, C, W-135 und Y-Konjugatimpfstoff

WAS IST NIMENRIX® UND WOFÜR WIRD ES ANGEWENDET?

Nimenrix® ist ein Impfstoff, der vor Erkrankung schützen soll, die durch die Bakterien (Keime), die sogenannten „Neisseria meningitidis“ der Typen A, C, W-135 und Y verursacht werden. Neisserie meningitidis-Bakterien der Typen A, C, W-135 und Y können schwerwiegende Erkrankungen verursachen wie:

- » **Meningitis:** eine Infektion des Gewebes, welches das Gehirn und das Rückenmark umgibt.
- » **Sepsis:** eine Infektion des Blutes. Diese Infektionen werden leicht von Person zu Person übertragen und können unbehandelt zum Tode führen.

Nimenrix® kann Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab einem Alter von 12 Monaten verabreicht werden. Nimenrix® hilft dem Körper einen eigenen Schutz (Antikörper) gegen die Bakterien aufzubauen. Diese Antikörper helfen Ihnen, sich vor den Erkrankungen zu schützen. Nimenrix® kann nur vor Erkrankung schützen, die durch die Bakterien „Neisserie meningitidis“ der Typen A, C, W-135 und Y verursacht werden.

WAS MÜSSEN SIE / IHR KIND VOR DER ANWENDUNG VON NIMENRIX® BEACHTEN?

Nimenrix® darf nicht angewendet werden, wenn

- » Sie allergisch auf die Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6 genannten sonstigen Bestandteile dieses Impfstoffes sind. Eine allergische Reaktion kann sich durch juckende Hautausschläge, Atemnot, und Anschwellen des Gesichtes oder der Zunge äußern. **Suchen Sie unverzüglich eine Ärztin / einen Arzt auf, wenn Sie eines dieser Anzeichen bemerken.**

Wenn Sie sich nicht sicher sind, sprechen Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, bevor Sie mit Nimenrix® geimpft werden.

Besondere Vorsicht bei der Anwendung von Nimenrix® ist erforderlich, wenn

- » Sie eine Infektion mit Fieber (über 38°C) haben. Die Impfung kann durchgeführt werden, wenn Sie wieder gesund sind. Ein leichter Infekt, wie z. B. eine Erkältung dürfte unproblematisch sein, Sie sollten jedoch zuerst mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal darüber sprechen.
- » Sie eine verstärkte Blutungsneigung haben oder leicht Blutergüsse bekommen.

Wenn einer der oben angeführten Punkte auf Sie zutrifft (oder Sie sich nicht sicher sind), sprechen Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, bevor Sie mit Nimenrix® geimpft werden. Nimenrix® schützt möglicherweise nicht alle Geimpften vollständig. Wenn Sie ein geschwächtes Immunsystem haben (beispielsweise durch eine HIV-Infektion oder aufgrund von Arzneimitteln, die das Immunsystem beeinträchtigen) können Sie möglicherweise nicht vollständig vom Nutzen einer Impfung mit Nimenrix® profitieren.

Nach oder sogar vor einer Nadelinjektion kann es (meist bei Jugendlichen) zu einer Ohnmacht kommen. Informieren Sie daher die Ärztin / den Arzt oder das medizinische Fachpersonal, wenn Sie oder Ihr Kind bei einer früheren Injektion schon einmal ohnmächtig geworden sind / ist.

Anwendung von Nimenrix® mit anderen Arzneimitteln oder Impfstoffen:

Informieren Sie Ihre Ärztin / Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen / anwenden oder kürzlich andere Arzneimittel eingenommen / angewendet haben einschließlich anderer Impfstoffe oder nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Nimenrix® wirkt möglicherweise nicht so gut, wenn Sie Arzneimittel einnehmen, die das Immunsystem beeinträchtigen.

Nimenrix® kann gleichzeitig mit anderen Impfstoffen wie Hepatitis A- und Hepatitis B-Impfstoffen, Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff, Masern-Mumps-Röteln-Varizellen-Impfstoff, 10-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff oder nicht adjuvantierter

saisonalen Grippeimpfstoff verabreicht werden.

Nimenrix® kann im zweiten Lebensjahr auch gleichzeitig mit kombinierter Diphtherie-Tetanuszellulären-Pertussis-Impfstoffen verabreicht werden, einschließlich kombinierter Diphtherie-Tetanuszellulären-Pertussis-Impfstoffen mit Hepatitis B, Polio inaktiviert oder „Haemophilus influenzae“ Typ b, wie zum Beispiel einem DTPa-HBV-IPV / Hib-Impfstoff.

Wann immer möglich sollten Nimenrix® und ein Tetanus-haltiger Impfstoff, wie zum Beispiel DTPa-HBV-IPV / Hib-Impfstoff, gleichzeitig verabreicht werden oder Nimenrix® sollte mindestens einen Monat vor dem Tetanus-haltigen Impfstoff verabreicht werden.

Ihre Ärztin / Ihr Arzt wird sicherstellen, dass die Injektionen an verschiedenen Gliedmaßen vorgenommen werden.

WELCHE NEBENWIRKUNGEN SIND MÖGLICH?

Wie alle Arzneimittel kann auch dieses Arzneimittel Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen. Folgende Nebenwirkungen können nach Verabreichung dieses Impfstoffes auftreten:

Sehr häufig (Nebenwirkungen, die bei mehr als 1 von 10 Impfstoffdosen auftreten können)

- » Fieber
- » Müdigkeit
- » Kopfschmerzen
- » Schläfrigkeit
- » Appetitlosigkeit
- » Reizbarkeit
- » Schwellung, Schmerzen und Rötungen an der Injektionsstelle.

Häufig (Nebenwirkungen, die bei bis zu 1 von 100 Impfstoffdosen auftreten können)

- » Bluterguss (Hämatom) an der Injektionsstelle
- » Magen-Darm-Beschwerden, wie Durchfall, Erbrechen und Übelkeit.

Gelegentlich (Nebenwirkungen, die bei bis zu 1 von 100 Impfstoffdosen auftreten können)

- » Hautausschlag
- » Schreien
- » Juckreiz
- » Schwindel
- » Muskelschmerzen
- » Schmerzen in Armen oder Beinen
- » Generelles Unwohlsein
- » Schlafprobleme
- » Verminderte Sensibilität oder Empfindlichkeit, besonders in der Haut
- » Reaktion an der Injektionsstelle wie Juckreiz, Wärmegefühl, Taubheit oder Verhärtung.

Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihre Ärztin / Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin / Ihren Apotheker. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind.