

Einverständniserklärung zur Schutzimpfung

Diphtherie-, Tetanus, Pertussis und inaktivierter Poliomyelitis

Repevax® Injektionssuspension in einer Fertigspritze

(Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis(azellulär, aus Komponenten)-Poliomyelitis (inaktiviert)-Impfstoff(adsorbiert, mit reduziertem Antigengehalt)

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfllen 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. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

- Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung** (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran?

☐ ja ☐ nein
- Leidet die zu impfende Person an einer **Allergie** (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?

☐ ja ☐ nein
- Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?

☐ ja ☐ nein
- Leidet die zu impfende Person an einer **schweren** oder **chronischen Erkrankung**? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronische entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle)? Wenn ja, an welcher?

☐ ja ☐ nein
- Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung **Beschwerden** oder **Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? Wenn ja, welche?

☐ ja ☐ nein
- Hat die zu impfende Person in den letzten **4 Wochen** eine **andere Impfung** erhalten?

Wenn ja, welche

und wann?

☐ ja ☐ nein
- Hat die zu impfende Person in den **letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte** oder **Immunglobuline** erhalten?

☐ ja ☐ nein
- Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo-** und/oder **Bestrahlungstherapie**?

☐ ja ☐ nein
- Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. **Operation**) unterziehen?

☐ ja ☐ nein
- Besteht eine **Schwangerschaft** bei der zu impfenden Person?

☐ ja ☐ nein

Die entsprechende, aktuelle und vollständige Version der Gebrauchsinformation des Impfstoffes ist Bestandteil dieser Einverständniserklärung und muss zusätzlich zu den 2 Seiten der Einverständniserklärung beigelegt werden.

Vers. Nr.

Geb. Datum (TT.MM.JJJJ)

Familiennamen / Vorname des Kindes

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.

- ☐ **Ja, ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden. Die von mir in diesem Formular angegebenen personenbezogenen Daten werden an die aks gesundheit GmbH weitergeleitet und für die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation und die Verrechnung verwendet. Ich bin außerdem mit der Datenweitergabe im Rahmen der medizinischen Betreuung einverstanden.**
- ☐ **Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfungen ausreichend aufgeklärt und hatte die Gelegenheit offene Fragen mit der Impfpfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.**

Die Impfpfärztin/der Impfarzt führt die Impfungen im Namen und Auftrag des Landes Vorarlberg und für das Land Vorarlberg durch.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT. Wenn Sie NICHT mit der elektronischen Verarbeitung der Daten einverstanden sind, unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT. Allgemeine Informationen zum Datenschutz und den Betroffenenrechten finden Sie in der aks Datenschutzerklärung unter www.aks.or.at.

Datum

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

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.

Die entsprechende, aktuelle und vollständige Version der Gebrauchsinformation des Impfstoffes ist Bestandteil dieser Einverständniserklärung und muss zusätzlich zu den 2 Seiten der Einverständniserklärung beigelegt werden.

- Weitere Informationen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Homepage oder Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, www.sozialministerium.at unter der Rubrik „Impfen“
- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte die Impfpfärztin / den Impfarzt
- Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!

Ärztliche Anmerkungen:

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes