

IMPF - Einwilligungserklärung

für die Grippeimpfung mit Fludax® 0,5 ml
ab dem 60. Lebensjahr

(Fragen/Antworten beziehen sich immer auf den Impfling)

Bitte in **Blockschrift** ausfüllen und Zutreffendes ☐ ankreuzen!

Familienname.....Vorname.....geb. am.....

Sozialvers.Nr.:.....wohnhalt :.....

1. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Fieber oder war eine ärztliche Untersuchung, Behandlung oder Operation notwendig :

JA ☐

NEIN ☐

Wegen:.....

2. Es werden/wurden folgende Medikamente, Spritzen, Impfungen oder sonstige Therapien verabreicht:

JA ☐

NEIN ☐

welche?:.....

3. - Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit? Hühnereiweiß, Kanamycin, Neomycin, Formaldehyd, Kaliumchlorid, Natriumchlorid, Kaliumdihydrogenphosphat, Dinatriumphosphat-Dihydrat, Magnesiumchlorid-Hexahydrat, Calciumchlorid-Dihydrat, Hydrocortison, Squalen, Polysorbat, Sorbitantriöleat, Natriumcitrat, Citronensäure

JA ☐

NEIN ☐

- worauf?.....

4. Gab es Reaktionen auf frühere Impfungen? (z.B. Fieber $\geq 38,5^\circ$, Blutungsneigung, allergische oder Überempfindlichkeitsreaktionen mit: Hautausschlag, Schwellung von Gesicht, Zunge oder Kehle, Atemnot, Blutdruckabfall oder Kollaps; neurologische Störungen wie: Nervenentzündungen, Lähmungen, Erkrankung des Gehirns, Krampfanfälle; oder andere.....)

JA ☐

NEIN ☐

welche?:.....

5. Es liegen sonstige gesundheitliche Einschränkungen, Vorerkrankungen oder Auffälligkeiten vor:

JA ☐

NEIN ☐

welche?:.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt über die Impfung und das Einverständnisformular sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit, mich über die geplante Impfung zu informieren und mich aufklären zu lassen.

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.

Meine Angaben sind richtig, ich habe nichts verschwiegen. Ich bin mit der Impfung einverstanden.

Ich bin mit der Datenübermittlung zum Zweck der Verrechnung und Dokumentation mit einem EDV-Programm einverstanden. Allgemeine Informationen der mir zustehenden Rechte nach DSGVO unter <https://datenschutz.stmk.gv.at>

....., am

.....
Unterschrift des/der Kunden/Kundin

Anmerkung des Impfarztes/ der Impfärztin:

—

.....
Datum

.....
Unterschrift Impfarzt/Impfärztin