

IMPF-Einwilligungserklärung

für die Impfung mit FSME-IMMUN® 0.5 ml ab dem vollendeten 16. Lebensjahr gegen „Zecken“
(Fragen/Antworten beziehen sich immer auf den Impfling)

Bitte in Blockschrift ausfüllen und Zutreffendes ☐ ankreuzen!

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

Sozialvers.Nr.....wohnhaft

1. War in den letzten 4 Wochen eine ärztliche Untersuchung, Behandlung oder Operation notwendig :
JA NEIN
Wegen:.....
2. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenbiss ?
JA NEIN
3. Es werden/wurden folgende Medikamente, Spritzen, Impfungen oder sonstige Therapien verabreicht:
JA NEIN
welche?.....
4. Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit? (z.B. Ei oder Hühnereiweiß, Neomycin, Gentamicin, Formaldehyd, Protaminsulfat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat, Aluminiumhydroxid, Human Albumin, Saccharose oder andere.....)
JA NEIN
worauf?.....
5. 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?.....
6. Es liegen sonstige gesundheitliche Einschränkungen, Vorerkrankungen oder Auffälligkeiten vor:
JA NEIN
welche?.....
7. Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie:
JA NEIN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt über die Impfung und das Einverständnismformular 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.

....., am

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

mündigen Minderjährigen ab dem vollendeten 14. LJ.
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>

Anmerkung des Impfarztes/ der Impfärztin:

.....
Datum

Unterschrift Impfarzt/Impfärztin