



**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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!



Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

----- Familiename 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)

>>> Bitte unterschreiben!

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