

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für ERWACHSENE zur SCHUTZIMPfung gegen

**FSME
FSME-IMMUN 0,5 ML**

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN:

(⊗ Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Leiden oder litten Sie 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"/>
Hatten Sie 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"/>
Leiden Sie an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie 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"/>
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine Schwangerschaft besteht, bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

Familienname	Vorname

Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort)	

Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr	

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.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden: ja nein

Bitte ankreuzen:

1. Teilimpfung 2. Teilimpfung 3. Teilimpfung 1. Auffrischung nach 3 Jahren Auffrischung

-----<<<< Bitte unterschreiben!

Datum, **Unterschrift**

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