

## Impffragebogen/ Einverständniserklärung

*Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen*

Familienname und Vorname: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum (\_\_\_\_ TTMMJJ): \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Allergien (z.B. Hühnereiweiß, Thiomersal, Medikamente)?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit, oder hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine fieberhafte Erkrankung?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie derzeit oder dauernd Medikamente, die Cortison enthalten oder zur Blutverdünnung dienen?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen eine angeborene oder erworbene Immunschwäche oder eine andere schwere chronische Erkrankung vor (aufgrund Chemotherapie/ Strahlentherapie/ Cortison/ HIV/ Aids/ Autoimmunerkrankung)?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte, oder Immunglobuline erhalten?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer chronisch entzündlichen Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?/ Stillen Sie?

nein/ja: \_\_\_\_\_

Alle in Österreich zugelassenen Impfstoffe sind im Allgemeinen sehr gut verträglich, dennoch weisen die Impfstoffhersteller auf das **mögliche Auftreten folgender Nebenwirkungen und unerwünschter Reaktionen nach Verabreichung des Impfstoffes** hin:

- Vorübergehende Schmerzen, Rötung oder Schwellung an der Impfstelle
- Grippeähnliche Symptome wie Fieber, Kopf-Muskel- und Gelenkschmerzen, gelegentlich Übelkeit und Erbrechen
- Nach der Zecken- bzw. Diphtherie/Tetanus-Schutzimpfung können Kopfschmerzen, Kreislaufreaktionen, Schweißausbrüche, Schüttelfrost und Abgeschlagenheit vorkommen.
- Extrem selten wurde in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Zecken- bzw. Diphtherie/Tetanus-Schutzimpfung über Affektionen des ZNS oder peripheren Nervensystems berichtet.
- Selten werden bei der Hepatitis-Impfung Parästhesie, Übelkeit, Erbrechen, Appetitmangel, Durchfall, Bauchschmerzen, Leberfunktionsstörungen, Hautausschlag, Juckreiz angegeben.
- Sehr selten angegeben werden: Allergische Reaktionen, plötzliches Kreislaufversagen, Anschwellen der Lymphknoten, neurologische Erkrankungen, juckende Hautausschläge, Schwellung der Schleimhaut, Gefühl der Atemnot, Blutdruckabfall

Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite des Arztes. Wenn Nebenwirkungen unmittelbar nach der Impfung, nach einigen Stunden oder wenigen Tagen auftreten, sind diese dem Arzt mitzuteilen.

Ich bestätige, dass ich dieses Informationsblatt und die Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen, verstanden und zur Kenntnis genommen habe. Ich hatte die Gelegenheit, offene Fragen mit einem Arzt abzusprechen und habe dazu keine weiteren Fragen.

**Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Art der Impfung	Charge	Auffrischung	1.TI	2.TI	3.TI
Diphtherie/Tetanus					
Diphtherie/Tetanus/Polio					
Diphtherie/Tetanus/Polio/Keuchhusten					
FSME					
Hepatitis A					
Hepatitis B					
Hepatitis A+B					
Pneumokokken					
Meningokokken					
Typhus					
Tollwut					
Grippe					