

Impffragebogen/ Einverständniserklärung

Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen

Familienname:

Vorname:

Sozialversicherungsnummer:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Hatten Sie bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden, Nebenwirkungen, einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder einen Kollaps?

nein/ja: _____

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

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 (Chemotherapie/ Strahlentherapie/ Cortison/ HIV/ Aids/ Hepatitis/ Autoimmunerkrankung)?

nein/ja: _____

Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten oder wird derzeit eine allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung durchgeführt?

nein/ja: _____

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

nein/ja: _____

Wurde bei Ihnen vor kurzem ein operativer Eingriff durchgeführt oder ist ein solcher geplant?

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.

Selbst mitgebrachter Impfstoff: ich bestätige, dass ich alle für den verabreichten Impfstoff erforderlichen Anforderungen bezüglich Transport und Lagerungen beachtet und eingehalten habe.

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/ Keuchhusten | | | | | |
| Diphtherie/Tetanus/Polio/Keuchhusten | | | | | |
| FSME | | | | | |
| Hepatitis A | | | | | |
| Hepatitis B | | | | | |
| Hepatitis A+B | | | | | |
| Herpes Zoster | | | | | |
| HPV | | | | | |
| Meningokokken | | | | | |
| MMR | | | | | |
| Pneumokokken | | | | | |
| RSV | | | | | |
| Tollwut | | | | | |
| Typhus | | | | | |
| Grippe | | | | | |
| COVID-19 | | | | | |