# IMPF - E i n w i l l i g u n g s e r k l ä r u n g

# 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**  Wegen:……….................................................................................................. | **NEIN**  |
| **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**  welche?:........................................................................................................................ | **NEIN**  |
|  |  |  |
| **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 > 38,5°, 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** welche?......................................................................................................................... | **NEIN**  |
|  |  |  |
| **6.** | **Es liegen sonstige gesundheitliche Einschränkungen, Vorerkrankungen oder Auffälligkeiten vor:** |  |
|  | **JA** welche?...........................................................................................................................  | **NEIN**  |
| **7.** | **Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie:** |  |
|  | **JA**  | **NEIN**  |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt über die Impfung und das Einverständnisformular 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**](https://datenschutz.stmk.gv.at/)

Anmerkung des Impfarztes/ der Impfärztin:

....................................................................................................................

 Datum Unterschrift Impfarzt/Impfärztin