

FORMBLATT FÜR GRATIS-IMPFUNGEN DURCH NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
**DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG NACH DER DSGVO SOWIE
 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN
 FÜR DIE IMPFUNG GEGEN DIPHtherie – TETANUS – KEUCHHUSTEN – KINDERLÄHMUNG -
 HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYP B - HEPATITIS B MIT HEXYON®**

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname: ev. früherer Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
		SV-Nummer:
männlich: ☐	weiblich: ☐	
vollständige Wohnadresse:		
Name der oder des Erziehungsberechtigten:		

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG

Sie/Ihr Kind nehmen/nimmt mit dieser Gratis-Impfung im Rahmen der IMPFAKTION TIROL eine kostenlose Serviceleistung des Landes Tirol im öffentlichen Interesse in Anspruch.

Die niedergelassenen ÄrztInnen (Allgemeinmediziner/innen / Kinderärzte/innen), die die Impfung im Rahmen der Impfkation Tirol durchführen, sind durch das Ärztegesetz verpflichtet, durchgeführte Impfungen personenbezogen zu dokumentieren.

Mit der Erteilung der Einwilligung zur Übermittlung und Verarbeitung der auf diesem Dokument angeführten Daten unterstützen Sie die Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Sie können verschiedene Serviceleistungen wie beispielsweise im Verlustfall eine neuerliche Impfpassausstellung in Anspruch nehmen.

Hiermit willige ich ausdrücklich der **ÜBERMITTLUNG** durch den mit der Impfung betrauten Impfarzt/Impfärzten zu unten angeführten Zwecken folgender personenbezogener Daten an das Land Tirol (Amt der Tiroler Landesregierung/ Gesundheitsreferate der Tiroler Bezirkshauptmannschaften) ein:

- Identifikationsdaten und Adressdaten des Impflings (Name, früherer Name, Geschlecht, Geburtsdatum, SV-Nummer Adresse)
- Daten über Obsorgeberechtigte (Name, Adresse)
- Daten über die durchgeführten Impfungen (Impfname, Impfcharge, Impfdatum, Anzahl der Impfung)

Ich willige weiters ausdrücklich in die **VERARBEITUNG** dieser Daten durch das Land Tirol (Amt der Tiroler Landesregierung/ Gesundheitsreferate der Tiroler Bezirkshauptmannschaften) (Datenschutzbeauftragte, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck, E-Mail: datenschutzbeauftragter@tirol.gv.at) zu folgenden Zwecken ein:

- dem Nachweis der erbrachten ärztlichen Leistung und deren Abrechnung
- personenbezogene Impfdokumentation durch Einpflege der Daten in die Tiroler Impfdatenbank durch die Gesundheitsreferate / Abteilung Öffentliche Gesundheit
- Erstellung eines individuellen eigenen Impfnachweises auf Basis einer legitimierten Anfrage der betroffenen Person
- Abfragemöglichkeit für den amtsärztlichen Dienst im Falle des Auftretens einer meldepflichtigen Erkrankung, deren weitere Ausbreitung durch Impfen verhinderbar ist, ob bei Kontaktpersonen entsprechende Impfungen bereits bestehen (auch bezirksübergreifend)
- Abfragemöglichkeit, welche Personen mit welcher Charge eines Impfstoffes geimpft wurden, für allenfalls erforderliche Produkthinweise.
- bezirks-/tirolweite statistische Auswertungen aller dokumentierten Impfungen durch die Gesundheitsreferate oder der Abteilung Öffentliche Gesundheit in anonymisierter Form.

Die persönlichen Daten der Datenbank werden 30 Jahre aufbewahrt und infolge anonymisiert.

Ihre Daten werden keinesfalls an andere Personen als jene der Tiroler Gesundheitsreferate und der Abteilung Öffentliche Gesundheit weitergegeben.

Die dem Land Tirol übermittelten Daten unterliegen dem Amtsgeheimnis.

Bei Nichtzustimmung zur Datenverarbeitung Ihrer persönlichen Daten bzw. der Daten des Kindes kann dennoch eine Gratis-Impfung bezogen werden. Daten zum verabreichten Impfstoff werden sodann nicht rückführbar anonymisiert übermittelt.

Die gegebene Einwilligung kann jederzeit formlos per E-Mail an gesundheit@tirol.gv.at unter Angabe des Namens, Geburtsdatums und der Adresse des Impflings widerrufen werden. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Löschung und Widerspruch gegen die Verarbeitung der Daten. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht an die Datenschutzbehörde (www.dsb.gv.at).

Weitere Informationen finden Sie zur Datenschutzerklärung des Landes Tirol unter: <https://www.tirol.gv.at/buergerservice/datenschutz/>.

Ich habe die Einwilligung gelesen und wurde damit über die Rechtsfolgen aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN
FÜR DIE IMPFUNG GEGEN DIPHTHERIE – TETANUS – KEUCHHUSTEN - KINDERLÄHMUNG -
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYP B - HEPATITIS B MIT HEXYON®**

Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

1. Ist Ihr Kind derzeit gesund und fieberfrei? ☐ ja ☐ nein
2. Hat der Impfling in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht?
Wenn ja, welche und wann? _____ ☐ ja ☐ nein
3. Besteht/Bestand eine akute oder eine schwere chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns oder des Rückenmarks oder Nervenentzündungen (z.B. eine aufsteigende Lähmung, Armnerventzündung) oder eine Autoimmunerkrankung? Wenn ja, welche? _____ ☐ ja ☐ nein
4. Hatten Sie (Eltern) **oder** Ihr Kind je Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? ☐ ja ☐ nein
5. Leidet der Impfling an einer Blutungsneigung oder einer Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)? ☐ ja ☐ nein
6. Ist beim Impfling eine Allergie (z.B. gegen Glutaraldehyd, Formaldehyd, Neomycin, Streptomycin, Polymyxin B) bekannt? Wenn ja, welche? _____ ☐ ja ☐ nein
7. Ist bei Ihrem Kind eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion (z.B. Atemprobleme, Gesichtsschwellung) auf eine Impfung bekannt? Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____ ☐ ja ☐ nein
8. Sind nach einer Impfung andere ernste Nebenwirkungen (z.B. Fieberkrampf) oder eine Ohnmacht aufgetreten? Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____ ☐ ja ☐ nein
9. Traten nach einer Impfung mit Keuchhustenkomponente eines der folgenden Probleme auf: ☐ ja ☐ nein
 - Temperaturerhöhung ($\geq 40^\circ\text{C}$) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung
 - Kollaps oder schockähnlicher Zustand mit Kraftlosigkeit innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung
 - anhaltendes, untröstliches Schreien über drei Stunden und länger innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung
 - Krämpfe oder Krampfanfälle mit oder ohne Temperaturerhöhung innerhalb von drei Tagen nach der Impfung
10. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche und wann? _____
11. Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? _____ ☐ ja ☐ nein
12. Besteht bei Ihrem Kind eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, chronische Niereninsuffizienz, Nierenversagen)? Wenn ja, welche? _____ ☐ ja ☐ nein
13. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
14. Besteht eine Phenylketonurie? ☐ ja ☐ nein
15. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____ ☐ ja ☐ nein

Bitte fragen Sie Ihre Impfpflichtige / Ihren Impfarzt, wenn Sie noch etwas über obige Impfung erfahren wollen oder etwas unklar bleibt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zum obengenannten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/ Gegenanzeigen zur Verabreichung und über Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren. [Impfaktion Tirol Säuglinge und Kleinkinder | Land Tirol](#)

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfpflichtigen / dem Impfarzt zu besprechen.

Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden:

Datum _____	Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten _____	
Von der Impfpflichtigen / dem Impfarzt einzutragen: ☐ Zutreffendes bitte ankreuzen		
☐ 1. Teilimpfung	☐ 2. Teilimpfung	☐ Auffrischungsimpfung
Impfstoff: _____	Chargen-Nr. _____	Impfdatum: _____
☐ Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf		

Datum _____	Unterschrift der(s) Impfpflichtigen/Impfarztes, Stempel _____
Vermerke für die Impfpflichtige / den Impfarzt: (persönliche Gespräche; Informationen; Erklärungen; Sachverhalte)	