

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON IMPFUNGEN



REISEZIEL: \_\_\_\_\_

## FRAGEN ZUR GESUNDHEITSSITUATION

**Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!**

Daten der zu impfenden Person

Zutreffendes bitte ankreuzen!

<b>Familienname:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Ev. Geburtsname:</b>		
männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>	
<b>vollständige Wohnadresse:</b>		
<b>E-Mail:</b>		<b>Telefonnummer:</b>
<b>Name der oder des Erziehungsberechtigten:</b>		

1. **Besteht derzeit eine akute Erkrankung/Fieber?**  ja  nein
  2. Besteht eine erworbene oder angeborene Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, HIV-AIDS, Hepatitis C, Niereninsuffizienz (Dialyse), Autoimmunerkrankung)?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  3. Besteht eine Blutungsneigung (Neigung zu Blutergüssen?) bzw. Blutgerinnungsstörung oder verminderte Anzahl von Blutplättchen? (z.B. nach einer MMR-Impfung)  ja  nein
  4. Besteht/bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns (z.B. Epilepsie) und des Rückenmarks/Nervenentzündungen, Muskelschwäche, der Leber, der Nieren oder eine Autoimmunerkrankung? (z.B. Lähmung, Nervenentzündung, Multiple Sklerose, Thymuserkrankung, Rheumatoide Arthritis, Tuberkulose)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  5. Wurde in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_  ja  nein
  6. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  7. Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung/Infektion oder Operation?  ja  nein  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_
  8. Ist eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auf Bestandteile der Impfung, gegen **Latex, Hefe, Kautschuk**, Eculizumab, Formaldehyd, Protaminsulfat, Chlortetracyclin, Amphotericin B, Polygelin, Kanamycin, Neomycin (-sulfat), Gentamycin, Sorbitol, Octoxynol-9, Streptomycin, Polymyxin B, Glycin, Glutaraldehyd, **Eier oder Hühnereiweiß**, Casein) bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  9. Ist eine schwerwiegende Reaktion (z.B. Gehirnfunktionsstörung) Ohnmacht / allergische Reaktion / Fieberkrampf / GBS (aufsteigende Lähmungen) auf eine Impfung bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? \_\_\_\_\_
  10. Werden regelmäßig **Medikamente** u.a. Cortison, oder andere abwehrschwächende Medikamente (z.B. nach Transplantation, Krebstherapie) oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen?  ja  nein  
**Wenn ja, welche**, bis wann? \_\_\_\_\_
  11. Ist ein Tuberkulostest geplant?  ja  nein
  12. **Für Frauen:** Planen Sie eine Schwangerschaft, besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?  ja  nein  
**Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bis 1 Monat nach einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung bzw. Gelbfieber-Impfung nicht schwanger werden soll.**  ja
- Ich bin mit der Datenverarbeitung einverstanden. (DSG – Infoblatt ist ausgelegt)**  ja  nein

**Bitte wenden – nach Aufklärung unterfertigen!**

REISEZIEL: \_\_\_\_\_

Reisebeginn: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Art: Gehoben/Hotel  ja Abenteuer  ja

Malaria-Prophylaxe erforderlich:  ja  nein

vereinbarte IMPFUNGEN:				
---------------------------	--	--	--	--

**Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfungen ausreichend aufgeklärt worden und hatte die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.**  ja  nein

**Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfungen einverstanden.**  ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu impfenden Person/des Erziehungsberechtigten bei Personen unter 14 Jahren \_\_\_\_\_

<b>Von der Impfärztin/vom Impfarzt weiters einzutragen:</b>			
Impfung gegen: _____			<input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen
<input type="checkbox"/> <b>Auffrischungsimpfung</b>	<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung Grundimmunisierung (GI)	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung GI
Impfstoff:	Chargen-Nr.		Chargenpickerl
<input type="checkbox"/> Es bestanden keine weiteren Fragen			
Impfung gegen: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Auffrischungsimpfung</b>	<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung GI
Impfstoff:	Chargen-Nr.		Chargenpickerl
<input type="checkbox"/> Es bestanden keine weiteren Fragen			
Impfung gegen: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Auffrischungsimpfung</b>	<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung GI
Impfstoff:	Chargen-Nr.		Chargenpickerl
<input type="checkbox"/> Es bestanden keine weiteren Fragen			
Impfung gegen: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Auffrischungsimpfung</b>	<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung GI
Impfstoff:	Chargen-Nr.		Chargenpickerl
<input type="checkbox"/> Es bestanden keine weiteren Fragen			
<b>Vermerke für die Impfärztin/den Impfarzt: (persönliche Gespräche; Informationen; Erklärungen; Sachverhalte)</b>			
<input type="checkbox"/> Aufklärungsblatt über Mückenschutzmaßnahmen ausgehändigt	<input type="checkbox"/> Rezept ausgehändigt für: <input type="checkbox"/> Malarianotfalltherapie	<input type="checkbox"/> über andere empfohlene Impfungen aufgeklärt	<input type="checkbox"/> Gelbfieber - Weaver ausgehändigt <input type="checkbox"/> Malaria Prophylaxe <input type="checkbox"/> Persönlicher Impfplan:
<b>Weitere Anmerkungen:</b>          			
Datum		Unterschrift der Impfärztin/des Impfarztes, Stempel	