EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MIT DER DURCHFÜHRUNG DER IMPFUNG GEGEN FSME MIT FSME-IMMUN©

Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person: ☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname: **ev. früherer Name:**	**Vorname:**	**Geburtsdatum:**
männlich: ☐	weiblich: ☐	
vollständige Wohnadresse:		

1. Sind Sie derzeit gesund/fieberfrei? ☐ ja ☐ nein
2. Besteht/bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns und des Rückenmarks/Nervenentzündungen mit neurologischen Störungen oder eine Autoimmunerkrankung wie z.B. Multiple Sklerose oder Rheumatoide Arthritis? Wenn ja, welche? _____ ☐ ja ☐ nein
3. Haben Sie oder gibt es in der Familie je Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? ☐ ja ☐ nein
4. Besteht eine Blutungsneigung bzw. Blutgerinnungsstörung? ☐ ja ☐ nein
5. Ist bei Ihnen eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auf Formaldehyd, Protaminsulfat, Antibiotika wie Neomycin oder Gentamicin, Ei, Hühnereiweis) bekannt? Wenn ja, welche? _____ ☐ ja ☐ nein
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen (z.B. kurze Ohnmacht, Allergie) aufgetreten? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche, bei welcher Impfung?_____
7. Wurden in den letzten 4 Wochen andere Impfungen verabreicht? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche und wann?_____
8. Haben Sie je eine Impfung gegen Gelbfieber oder Japan B erhalten, oder sind Sie je an diesen Viren oder am Dengue Virus erkrankt? Wenn ja, an welchem und wann? _____ ☐ ja ☐ nein
9. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja wann und was?_____
10. Besteht bei Ihnen eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)? ☐ ja ☐ nein
    Wenn ja, welche? _____
11. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt (Arzneimittel gegen Krebs)? ☐ ja ☐ nein
12. Werden Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____ ☐ ja ☐nein
13. Sind Sie schwanger oder beabsichtigen Sie schwanger zu werden oder stillen Sie? _____ ☐ ja ☐nein

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

Datenschutzerklärung: Sie/Ihr Kind nehmen/nimmt mit dieser Impfung eine Serviceleistung des Landes Tirol in Anspruch. Dieses Service umfasst auch eine bezirksübergreifende automationsunterstützte Dokumentation der verabreichten Impfungen für den amtsärztlichen Dienst. Dabei kann der impfende Amtsarzt auch jene Impfdaten einsehen, die im Zuständigkeitsbereich einer anderen Tiroler Bezirkshauptmannschaft erhoben wurden. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie die ausdrückliche Zustimmung nach § 9 Z 6 des Datenschutzgesetzes 2000 (DSG 2000), dass die in diesem Formular angeführten Daten von Ihrem behandelnden Arzt für das Amt der Tiroler Landesregierung zur weiteren Verarbeitung der Daten in einem landesinternen Informationsverbundsystem dokumentiert werden. Sie erteilen außerdem die ausdrückliche Zustimmung, dass die in diesem Formular angeführten Daten sowie Daten früherer Impfungen im Rahmen der Impfaktion Tirol in einem landesinternen Informationsverbundsystem nach § 50 DSG 2000 (Betreiber: Amt der Tiroler Landesregierung, DVR 0059463) verwendet werden. Zweck der Datenanwendung ist die Impfdokumentation, die Zusammenschau und statistische Auswertung aller dokumentierten Impfungen für Amtsärzte (auch anderer BH'en) und allenfalls die persönliche Auskunft über Impfungen sowie die Abrechnung der ärztlichen Leistungen. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

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.
Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.
Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden: _____

Datum **Unterschrift der zu impfenden Person**

Vom Impfarzt/der Impfärztin einzutragen: ☐ Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ **Auffrischungsimpfung nach erfolgter Grundimmunisierung**		
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

☐ Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf

_____

Datum **Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel**

Vermerke für den Impfarzt/die Impfärztin: **(persönliche Gespräche; Informationen; Erklärungen; Sachverhalte)**