EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DER IMPFUNG GEGEN MENINGOKOKKEN DER GRUPPE B MIT BEXSERO®

Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person: ☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

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

1. Sind Sie oder Ihr Kind gesund/fieberfrei? ☐ ja ☐ nein
2. Haben Sie oder Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche und wann?_____
3. Leiden Sie oder Kind an einer Blutungsneigung oder einer Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)? ☐ ja ☐ nein
4. Ist bei Ihnen oder Ihrem Kind eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auch gegen **Latex, Kautschuck oder Kanamyzin**) bekannt? Wenn ja, welche?_____ ☐ ja ☐ nein
5. Ist bei Ihnen oder Ihrem Kind eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung bekannt? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche bei welcher Impfung? _____
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen oder eine Ohnmacht aufgetreten? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche, bei welcher Impfung?_____
7. Haben Sie oder Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann? ____ ☐ ja ☐ nein
8. Hatten Sie oder Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was?_____ ☐ ja ☐ nein
9. Besteht bei Ihnen oder Ihrem Kind eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz, Autoimmunerkrankung)? Wenn ja, welche? _____ ☐ ja ☐ nein
10. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
11. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____ ☐ ja ☐ nein
12. Für Frauen: Sind Sie schwanger, beabsichtigen Sie schwanger zu werden oder stillen Sie? _____ ☐ ja ☐ nein
13. Ist Ihr Kind eine Frühgeburt? Wenn ja, welche Woche? _____ ☐ ja ☐ nein
14. Sonstiges?_____ ☐ 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

☐ **1. Impfung GI**	☐ **2. Impfung GI**	☐ **3. Impfung GI**	☐ **Auffrischungsimpfung**
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)**