

**FORMBLATT FÜR ÖFFENTLICHE IMPFUNGEN DURCH AMTSÄRZTINNEN**  
**DATENSCHUTZRECHTLICHE INFORMATION NACH ART. 13 UND 14 DER DSGVO SOWIE**  
**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN / DES IMPFLINGS**  
**MIT DER DURCHFÜHRUNG DER AUFRISCHUNGSIMPfung MIT BOOSTRIX-POLIO® IN DER SCHULE**

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

**Daten der zu impfenden Person:**

Zutreffendes bitte ankreuzen!

<b>Familienname:</b> <b>ev. früherer Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>	
<b>vollständige Wohnadresse:</b>		
<b>Name der oder des Erziehungsberechtigten:</b>		

**DATENSCHUTZRECHTLICHE INFORMATION NACH ARTIKEL 13 BZW. 14 DER DSGVO**

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. Dabei wird zur Einsparung von Zeit und Weg für die Eltern die Impfung ihrer Kinder an den Schulen angeboten.

Das Amt der Tiroler Landesregierung (Abt. Landessanitätsdirektion, [sanitaetsdirektion@tirol.gv.at](mailto:sanitaetsdirektion@tirol.gv.at), +43 512 508 2842, Bozner Platz 6, 6020 Innsbruck) **verarbeitet** gemeinsam mit der jeweils zuständigen Bezirkshauptmannschaft gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. f und h DSGVO **zum Zweck**

- der **personenbezogene Impfdokumentation** durch Einpflege der Daten in die Tiroler Impfdatenbank durch die Gesundheitsreferate/Landessanitätsdirektion
- der **Erstellung eines individuellen eigenen Impfpasses** auf Basis einer legitimierten Anfrage der betroffenen Person
- der **Abfragemöglichkeit, welche Personen mit welcher Charge eines Impfstoffes geimpft wurden**, für allenfalls erforderliche Produkthinweise
- der **bezirks-/tirolweiten statistischen Auswertungen** aller dokumentierten Impfungen durch die Gesundheitsreferate oder der Landessanitätsdirektion in anonymisierter Form

**folgende personenbezogene Daten:**

- **Von dem Impfling:**  
Name, früherer Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Impfname, Impfcharge, Impfdatum, Anzahl der Impfung
- **Von dem Obsorgeberechtigten:**  
Name, Adresse

Zu den oben aufgelisteten Zwecken werden die an der jeweils zuständigen Bezirkshauptmannschaft erhobenen Daten gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. f und h DSGVO an das Amt der Tiroler Landesregierung (Abt. Landessanitätsdirektion, [sanitaetsdirektion@tirol.gv.at](mailto:sanitaetsdirektion@tirol.gv.at), +43 512 508 2842, Bozner Platz 6, 6020 Innsbruck) übermittelt.

**Information nach Artikel 14 DSGVO:**

Es wird zudem darüber informiert, dass im Falle des Auftretens einer nach dem Epidemiegesetz 1950 meldepflichtigen Erkrankung, deren weitere Ausbreitung durch Impfen verhinderbar ist, eine Abfragemöglichkeit für den amtsärztlichen Dienst besteht, ob bei Kontaktpersonen zu Erkrankten entsprechende Impfungen bereits verabreicht wurden (auch bezirksübergreifend).

Die personenbezogenen Daten werden vor dem Zugriff Nichtberechtigter gesichert gespeichert und 30 Jahre nach Erhalt der Impfung anonymisiert.

**Die Bereitstellung der oben angeführten Daten erfolgt freiwillig. Werden jedoch die Daten für die Datenverarbeitung nicht bereitgestellt, kann keine Gratis-Impfung in Anspruch genommen werden, da eine Impfung untrennbar mit einer Primär-Dokumentation verbunden ist.**

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung. Für die Geltendmachung Ihrer Rechte steht der Datenschutzbeauftragte sowohl telefonisch unter +43 512 508 1870, als auch per E-Mail ([datenschutzbeauftragter@tirol.gv.at](mailto:datenschutzbeauftragter@tirol.gv.at)) oder per Post (Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck) zur Verfügung. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht an die Datenschutzbehörde.

## Formblatt für Schulimpfungen

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN/  
ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN/DES IMPFLINGS**mit der Durchführung der Auffrischungsimpfung mit **BOOSTRIX-POLIO®** in der Schule**Fragen zur Gesundheitssituation Ihres Kindes/des Impflings****Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!**

1. Besteht aktuell eine Erkrankung oder Fieber?  ja  nein  
(Ist das Kind zum Zeitpunkt der Impfung in der Schule, aber ist/war in den letzten 14 Tagen akut krank und ist eine Impfung nicht erwünscht, wird um eine entsprechende formlose Mitteilung an die Schule gebeten)
2. Wurde in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
3. Besteht/Bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns und des Rückenmarks/Nervenentzündungen (z.B. Lähmungen, Armmerventzündung) oder eine Autoimmunerkrankung? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
4. Bestanden jemals Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle beim Impfling oder in der Familie?  ja  nein
5. Besteht eine Blutungsneigung oder eine Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)?  ja  nein
6. Besteht eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. gegen Neomycin, Polymycin)?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
7. Ist eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? \_\_\_\_\_
8. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen oder eine Ohnmacht aufgetreten?  ja  nein  
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? \_\_\_\_\_
9. Traten nach einer Impfung mit Keuchhustenkomponente eines der folgenden Probleme auf:  ja  nein  
- Temperaturerhöhung ( $\geq 40$  °C) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung  
- Kollaps oder schockähnlicher Zustand innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung  
- anhaltendes 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. Wurde in den letzten 2 Jahren eine Auffrischungsimpfung mit Diphtherie/Tetanus durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
11. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung verabreicht?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
12. Wurden in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) verabreicht? Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_  ja  nein
13. Besteht eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
14. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt?  ja  nein
15. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen?  ja  nein  
Wenn ja, welche, wieviel und wann? \_\_\_\_\_
16. Besteht eine Jugendschwangerschaft?  ja  nein

**Bei den Schulimpfungen wird ggf. Ihr unmündiges Kind in Ihrer Abwesenheit geimpft.****Bitte fragen Sie Ihre/n AmtsärztIn persönlich, wenn Sie nach dem Lesen des Aufklärungsinformationsblattes über BOOSTRIX-POLIO® noch etwas über obige Impfung erfahren wollen oder etwas unklar bleibt.****Wählen Sie für die Kontaktaufnahme das Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft/des Stadtmagistrats, das Ihrem Wohnort zugeordnet ist.**Stadtphysikat Innsbruck, Rathaus, 6020 Innsbruck, Maria-Theresien-Straße 18 (Eingang Fallmerayerstraße 1)  
Tel.: 0512/5360/1150, Fax: 0512/5360/1717, E-Mail: hpv-impfungen@magibk.atGesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6020 Innsbruck, Gilmstraße 2  
Tel.: 0512/5344/5198, Fax: 0512/5344/745005, E-Mail: bh.innsbruck@tirol.gv.atGesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6460 Imst, Stadtplatz 1  
Tel.: 05412/6996/5331, Fax: 05412/6996/745389, E-Mail: bh.im.gesundheitswesen@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6500 Landeck, Innstraße 5  
Tel.: 05442/6996/5530, Fax: 05442/6996/745535, E-Mail: bh.la.gesundheit@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6600 Reutte, Obermarkt 7  
Tel.: 05672/6996/5752, Fax: 05672/6996/745625, E-Mail: bh.reutte@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6130 Schwaz, Franz-Josef-Straße 25  
Tel.: 05242/6931/5963, Fax: 05242/6931/745965, E-Mail: bh.schwaz@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6330 Kufstein, Bozner Platz 1  
Tel.: 05372/606/6143, Fax: 05372/606/746140, E-Mail: bh.ku.gesundheit@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6370 Kitzbühel, Josef-Herold-Straße 10  
Tel.: 05356/62131/6472, Fax: 05356/62131/746475, E-Mail: bh.kb.gesundheit@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 9900 Lienz, Dolomitenstraße 3  
Tel.: 04852/6633/6673, Fax: 04852/6633/746675, E-Mail: bh.lienz@tirol.gv.at

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die beigelegten Aufklärungsinformationen zum angewendeten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte hiermit die Möglichkeit, mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und über Nebenwirkungen der Impfung (an meinem Kind) zu informieren.**

**Es ist mir die Gelegenheit umseitig angeboten worden, mit der/m AmtsärztIn nach Terminvereinbarung offene Fragen zu besprechen, bin aber über Nutzen und Risiko der Impfung mittels Aufklärungsinformationsblatt ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch zur Impfung meines Kindes in meiner Abwesenheit.**

**Ich habe die auf der 1. Seite angeführte datenschutzrechtliche Information gelesen und verstanden und bin mit der Durchführung der Schutzimpfung für mich bzw. meines Kindes in der Schule/im Gesundheitsreferat einverstanden.**

Bei unvollständiger Ausfüllung dieser Einwilligungserklärung kann Ihr Kind nicht geimpft werden.

**Der mündige Minderjährige (einsichtig und urteilsfähig, älter als 14 Jahre) muss selbst einwilligen, die Unterschrift der Eltern ist nicht erforderlich.**

Der **IMPFPASS** ist zum Impftermin – der Ihnen / Ihrem Kind gesondert mitgeteilt wird - mitzunehmen.

**Kostenlose Nachimpfungen versäumter Schulimpfungen sind nur bei Ihrer/m AmtsärztIn zeitnahe möglich.**

Datum: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
Unterschrift der(s) Eltern/Erziehungsberechtigten (für Kinder jünger als 14 Jahre)

oder

Datum: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
Unterschrift des mündigen Minderjährigen (älter als 14 Jahre)

**Von der Impfärztin / dem Impfarzt einzutragen:**

- Auffrischungsimpfung nach erfolgter Grundimmunisierung  
 1. Teilimpfung\*                       2. Teilimpfung\*                       3. Teilimpfung\*  
\* Grundimmunisierung nach dem Säuglingsalter

Impfstoff: \_\_\_\_\_                      Chargen-Nr. \_\_\_\_\_                      Impfdatum: \_\_\_\_\_

- Zutreffendes bitte ankreuzen  
 Es bestanden keine weiteren Fragen

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der(s) Impfärztin/Impfarztes, Stempel

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