**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER
ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN/ DES IMPFLINGS
mit der Durchführung der Humanen Papilloma Virus –Impfung (HPV-Impfung)
mit Gardasil 9[®]**

Name des zu impfenden Kindes:

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:
bei Namensänderung früherer Name:		
männlich: ☐	weiblich: ☐	
Adresse:		
Name der oder des Erziehungsberechtigten:		

Fragen zur Gesundheitssituation Ihres Kindes

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

1. Ist Ihr Kind derzeit gesund?	☐ ja	☐ nein
2. Hatte Ihr Kind je Fieberkrämpfe?	☐ ja	☐ nein
3. Besteht eine Blutungsneigung bzw. Blutgerinnungsstörung?	☐ ja	☐ nein
4. Ist bei Ihrem Kind eine Allergie bekannt?
Wenn ja, welche? _____	☐ ja	☐ nein
5. Ist bei Ihrem Kind eine Allergie auf eine Impfung (z.B. auch Gardasil) bekannt?
Wenn ja, welche bei welcher Impfung? _____	☐ ja	☐ nein
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen (z.B. Ohnmacht) aufgetreten?
Wenn ja, welche bei welcher Impfung? _____	☐ ja	☐ nein
7. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung durchgeführt?
Wenn ja, welche und wann? _____	☐ ja	☐ nein
8. Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder
Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) erhalten?
Wenn ja, wann und was? _____	☐ ja	☐ nein
9. Besteht bei Ihrem Kind eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung
(z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)?
Wenn ja, welche? _____	☐ ja	☐ nein
10. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt?	☐ ja	☐ nein
11. Werden regelmäßig oder aktuell Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison
oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen?
Wenn ja, welche und wann? _____	☐ ja	☐ nein
12. Besteht eine Schwangerschaft? _____	☐ 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 mehr erwünscht, nachdem Sie die Einwilligung bereits gegeben haben, wird um eine entsprechende formlose Mitteilung an die Schule gebeten.

**Bei den Schulimpfungen wird Ihr unmündiges Kind in Ihrer Abwesenheit geimpft.
Bitte fragen Sie Ihre/n AmtsärztIn persönlich, wenn Sie nach dem Lesen des
Informationsblattes noch etwas über obige Impfung erfahren wollen oder etwas unklar bleibt.**

Kontaktdaten des Gesundheitsreferats der Bezirkshauptmannschaft/des Stadtmagistrats mit DVR-Nummer
Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6020 Innsbruck, Gilmstr.2
Tel.: 0512/5344/5198, Fax: 0512/5344/745005

Bitte wenden!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Aufklärungsinformationen zum angewendeten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte hiermit die Möglichkeit, mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen zur Verabreichung und Nebenwirkungen der Impfung zu informieren.

Es ist mir die Gelegenheit angeboten worden, mit der/m Amtärztin nach Terminvereinbarung offene Fragen zu besprechen, bin aber über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung meines Kindes in der Schule/im Gesundheitsreferat einverstanden. Diese Einwilligung gilt für die gesamte Impfserie. In der Schule werden 2 Impfungen im Abstand von 6 Monaten durchgeführt.

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 Tiroler amtsärztlichen Dienst. Dabei kann der/die impfende AmtsarztIn 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 angegebenen Daten sowie Daten früherer Impfungen im Rahmen der Impfkation 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 aller in Tirol dokumentierten Impfungen dieses Impfprogramms für Tiroler AmtsärztInnen und allenfalls die persönliche Auskunft über Impfungen sowie die Abrechnung der ärztlichen Leistungen.

Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

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

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

Der Impfpass ist dem Kind zum Impftermin – der Ihnen gesondert mitgeteilt wird - mitzugeben.

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

	Datum: _____
	Unterschrift der(s) Eltern/Erziehungsberechtigten (für Kinder jünger als 14 Jahre)
oder	
	Datum: _____
	Unterschrift des mündigen Minderjährigen (älter als 14 Jahre)

Vom Impfarzt/der Impfärztin einzutragen:

☐ 1. Teilimpfung	☐ 2. Teilimpfung	☐ 3. Teilimpfung*
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

Zutreffendes bitte ankreuzen

* bei erster Impfung jenseits des 15. Geburtstags 3 Teilimpfungen erforderlich

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf:

Datum: _____
Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel

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