EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DER IMPFUNG GEGEN MMR MIT M-M-RvaxPro®

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:		
männlich: ☐	weiblich: ☐	
vollständige Wohnadresse:		

1. Sind Sie derzeit gesund/fieberfrei? ☐ ja ☐ nein
2. Besteht/bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung (insb. Tuberkulose, eine Blutkrankheit oder Krebs, oder eine Blutungsneigung, insbesondere nach einer MMR-Impfung) ?
   Wenn ja, welche? _____ ☐ ja ☐ nein
3. Haben Sie oder gibt es in der Familie je Fieberkrämpfe, epileptische Anfälle oder Allergien? ☐ ja ☐ nein
4. Besteht eine Blutungsneigung bzw. Blutgerinnungsstörung? ☐ ja ☐ nein
5. Ist bei Ihnen eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auf Neomycin, Hühnereier, Sorbitol etc.) bekannt? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche? _____
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen (z.B. kurze Ohnmacht, Allergie) aufgetreten? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
7. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche und wann? _____
8. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja wann und was? _____
9. Besteht bei Ihnen oder einen engen Kontaktperson eine erworbene oder angeborene Abwehrschwäche/ Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, HIV-Status, Niereninsuffizienz)? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche? _____
10. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
11. Werden oder wurden Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____ ☐ ja ☐nein
12. Leiden Sie aktuell an einer aktiven, nicht behandelten Tuberkulose? Ist ein Tuberkulin-Test geplant? ☐ ja ☐nein
13. Für Frauen: Planen Sie eine Schwangerschaft, besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ☐ ja ☐nein

ICH NEHME MIT MEINER UNTERSCHRIFT ZUR KENNTNIS, DASS ICH INNERHALB EINES MONATS NACH DER IMPFUNG AUF KEINEN FALL SCHWANGER WERDEN DARF.

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. Teilimpfung**		☐ **2. Teilimpfung**
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)