Schutzimpfung

Einverständniserklärung für **Kinder / Schülerinnen und Schüler**

Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

Bezirksverwaltungsbehörde BH Rohrbach

Bezirkshauptmannschaft Rohrbach
Am Teich 1
4150 Rohrbach-Berg

Adresse übernehmen

Zum Ausfüllen, Bearbeiten und Speichern dieses Formulars benötigen Sie das Programm **Acrobat Reader**.
Wichtige Hinweise zur Nutzung von PDF-Formularen

Rückfragen: **07289/8851-69454**

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. Zutreffendes auswählen.
Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin/dem Impfarzt ersucht.
Bei Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (**Impfausweis, Impfkarte**) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

1. Schutzimpfung

1.1 Schutzimpfung gegen

Diphtherie - Tetanus - Pertussis - Polio

2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leidet oder litt Ihr Kind in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung** *(z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?* Wenn ja, woran? _____	◯ Ja ◯ Nein
Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung **Beschwerden oder Nebenwirkungen?** *(mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)*	◯ Ja ◯ Nein
Leidet Ihr Kind an einer **Allergie**? *(insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)* Wenn ja, an welcher? _____	◯ Ja ◯ Nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein? *(z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)* Wenn ja, welche? _____	◯ Ja ◯ Nein
Leidet Ihr Kind an einer **schweren** oder **chronischen Erkrankung**? *(z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle)* Wenn ja, an welcher? _____	◯ Ja ◯ Nein
Hat Ihr Kind in den **letzten 4 Wochen** eine **andere Impfung** erhalten? Wenn ja, welche _____ und wann? _____	◯ Ja ◯ Nein
Hat Ihr Kind in den **letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte** oder **Immunglobuline** erhalten?	◯ Ja ◯ Nein
Bekommt Ihr Kind derzeit eine **Chemotherapie** und / oder **Bestrahlungstherapie**?	◯ Ja ◯ Nein
Musste Ihr Kind sich sich vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen?	◯ Ja ◯ Nein
Sofern eine **Schwangerschaft** bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!	◯ Ja

3. Angaben zur Person

3.1 Persönliche Daten des Kindes

Vorname _____

Familienname / Nachname _____

Österreichische Sozialversicherungsnummer *(Format 1234TTMMJJ)* _____

Straße _____ Nummer _____

PLZ _____ Ort _____

3.2 Erziehungsberechtigte Person

Vor- und Nachname _____

Telefonnummer _____ *(für allfällige Rückfragen des Impfarztes)*

4. Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** (*Beiblatt 1*) und die **Gebrauchsinformation** (*Beiblatt 2*) zum obengenannten Impfstoff gelesen habe. Ich wurde dort über den Nutzen der Impfung, die Zusammensetzung des Impfstoffes, Gegenanzeigen für die Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch, bzw. hatte ich Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.

Wenn Sie die **Möglichkeit eines persönlichen Gespräches** mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, sich dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Information zum Datenschutz

Meine personenbezogenen Daten bzw. die personenbezogenen Daten meines Kindes (Name, Geburtsdatum, Adress- und Kontaktdaten, Sozialversicherungsnummer, Art und Datum der Impfung) werden in der Impfdatenbank des Landes Oberösterreich zum Zweck der Dokumentation und Verrechnung gespeichert und können von den Gesundheitsbehörden in OÖ (Bezirkshauptmannschaften und Magistrate) im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus der geimpften Person eingesehen werden.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz: *www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz*

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden:

Steyr _____ _____

Ort, Datum — Unterschrift der Erziehungsberechtigten Person **oder** der zu impfenden jugendlichen Person über dem 14. Lebensjahr

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

5. Hinweise

- Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz empfohlen.
- Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (*www.sozialministerium.at* unter der Rubrik „Impfen“)
- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte den Impfarzt / die Impfärztin.
- **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**
- Bitte bringen Sie Ihre **Impfdokumente (Impfpass)** zur Impfung mit!

Ärztliche Anmerkungen

vom Impfarzt / von der Impfärztin auszufüllen

Anmerkungen

- ☐ HPV (9 bis 12 Jahre) 0,00 €
- ☐ HPV (12 bis 15 Jahre) 60,00 €
- ☐ Meningokokken
- ☐ MMR
- ☐ Repevax
- ☐ Hepatitis B

Ort, Datum — Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Formular zurücksetzen **Formular drucken**