

20 MINUTEN NACHBEOBACHTUNGSZEIT
VERBLEIBEN SIE BITTE IM WARTEBEREICH DER IMPFSTELLE!

IMPF - Einwilligungserklärung

Bereich freihalten!

Nachname: Vorname:

SV.Nr.: Geb. Datum:

Straße:

PLZ: Ort:

Tel.: E-Mail:

Ich bekomme bzw. mein Kind bekommt heute folgende Impfung(en): Bitte ankreuzen

- ☐ 6-fach-Impfung **für Kleinkinder** (Diphtherie, Tetanus, Polio, Keuchhusten, Hepatitis B, HIB)
- ☐ Pneumokokken Impfung für **Säuglinge und Kleinkinder**
- ☐ Rotaviren (Schluckimpfung) für **Säuglinge**
- ☐ Hepatitis B Impfung (**unter 15 Jahren**)
- ☐ 4-fach Impfung (Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten)
- ☐ Masern-Mumps-Röteln Impfung
- ☐ HPV-Impfung (**zwischen 9 und 21 Jahren**)
- ☐ Meningokokken ACWY Impfung (**zwischen 11 und 13 Jahren**)
- ☐ Pneumokokken Impfung für Erwachsene (**ab 60 Jahren**) (**zwischen 18 und 60 Jahren**)
- ☐ Gürtelrose Impfung (**ab 60 Jahren**) (**zwischen 18 und 60 Jahren**)

Saisonal erhältlich: **Bitte ankreuzen**

- ☐ FSME Junior Impfung (**zwischen 1 und 16 Jahren**)
- ☐ FSME-Impfung (**ab 16 Jahren**)
- ☐ Covid-19 Impfung (**ab 12 Jahren**)
- ☐ Influenza (Grippe)-Impfung Kinder (**6 Monate bis 2 Jahre** – Stichimpfung)
- ☐ Influenza (Grippe)-Impfung (**zwischen 2 bis 18 Jahre** – Nasenspray)
- ☐ Influenza (Grippe)-Impfung Erwachsene (**UNTER 60 Jahren**)
- ☐ Influenza (Grippe)-Impfung Erwachsene (**AB 60 Jahren**)

Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank?

Ja ☐ Nein ☐

(z.B. Grippe, Fieber, Operation, ...)

Welche?

Wurden in den letzten 4 Wochen (Allergie-) Impfungen durchgeführt?

Ja ☐ Nein ☐

Welche?

Haben Sie schwere oder chronische Vorerkrankungen?

Ja ☐ Nein ☐

Welche?

Leiden Sie an einer Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung?

Ja ☐ Nein ☐

Welche?

Nehmen Sie derzeit oder ständig Medikamente?

Ja ☐ Nein ☐

Welche?

Blutverdünnende Medikamente:

Immunsupprimierende Medikamente:

Bekommen Sie derzeit eine Chemo- oder Strahlentherapie?

Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Immunglobuline erhalten?

Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja ☐ Nein ☐

(z.B. Hühnereiweiß, Formaldehyd, Antibiotika, PEG/Polysorbate, Latex, Gelatine, ...)

Traten nach bisher erhaltenen Impfungen Beschwerden auf?

Ja ☐ Nein ☐

(z.B. allerg. Schock, Hautausschlag, Atemnot, Schwellung von Gesicht/Hals/Zunge, ...)

Bei Frauen: **Besteht eine Schwangerschaft?**

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Bei Frauen **Stillen Sie?**

Ja ☐ Nein ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt über die Impfung und das Einverständnisformular sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit, mich über die geplante Impfung zu informieren und mich aufklären zu lassen.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch, bzw. hatte ich die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen. Meine Angaben sind richtig, ich habe nichts verschwiegen. Ich bin mit der Impfung einverstanden.

Ich bin mit der Datenübermittlung zum Zweck der Verrechnung und Dokumentation mit einem EDV-Programm einverstanden. Allgemeine Informationen der mir zustehenden Rechte nach DSGVO Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 (DSGVO).

Information der betroffenen Person gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und gemäß § 43 Datenschutzgesetz (DSG).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Telefonnummer und oder E-Mailadresse in die Grazer Impfdatenbank aufgenommen wird und ich mögliche Informationen über Impfungen erhalten kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift Kund:in bzw. Erziehungsberechtigte:r