

## IMPF - Einwilligungserklärung

für die Impfung mit FSME-IMMUN Junior® 0,25 ml bis zum vollendeten 16. Lebensjahr gegen „Zecken“  
(Fragen/Antworten beziehen sich immer auf den Impfling)

Bitte in **Blockschrift** ausfüllen und Zutreffendes  ankreuzen!

Familienname.....Vorname.....geb. am.....

Sozialvers.Nr.:.....wohnhaft :.....

Tel. Nr.der Eltern/Erziehungsberechtigten .....

Schule:....., Klasse:.....

1. **War in den letzten 4 Wochen eine ärztliche Untersuchung, Behandlung oder Operation notwendig :**  
JA  NEIN   
Wegen:.....
  
2. **Es werden/wurden folgende Medikamente, Spritzen, Impfungen oder sonstige Therapien verabreicht:**  
JA  NEIN   
welche?:.....
  
3. **Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit?** (z.B. Ei oder Hühnereiweiß, Neomycin, Gentamicin, Formaldehyd, Protaminsulfat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat, Aluminiumhydroxid, Latex, Human Albumin, Saccharose oder andere.....)  
JA  NEIN   
worauf?.....
  
4. **Gab es Reaktionen auf frühere Impfungen?** (z.B. Fieber  $\geq 38,5^\circ$ , Blutungsneigung, Allergische oder Überempfindlichkeitsreaktionen mit: Hautausschlag, Schwellung von Gesicht, Zunge oder Kehle, Atemnot, Blutdruckabfall oder Kollaps; Neurologische Störungen wie: Nervenentzündungen, Lähmungen, Erkrankung des Gehirns, Krampfanfälle; oder andere .....)  
JA  NEIN   
welche?.....
  
5. **Es liegen sonstige gesundheitliche Einschränkungen, Vorerkrankungen oder Auffälligkeiten vor:**  
JA  NEIN   
welche?.....
  
6. **Besteht eine Schwangerschaft:**  
JA  NEIN
  
7. **Größe** ..... **Gewicht** .....

Ich habe das Informationsblatt gelesen, hatte die Möglichkeit mich auch im Rahmen eines persönlichen Gespräches zu informieren und aufklären zu lassen, habe alles verstanden und keine weiteren Fragen. Meine Angaben sind richtig, ich habe nichts verschwiegen und bin mit der Impfung meines Kindes einverstanden. Ich stimme zu, dass meine Personalien bzw. die meines Kindes (Name, Geb.-Datum, Adresse), sowie die Angaben über die Impfung ( Art, Datum) von der Stadt Graz gespeichert und an den Verein Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, ZVR-Nr: 485850183, ( Impfdatenbank des Landes Steiermark), übermittelt werden. Angaben über Krankheiten und medizinische Indikationen werden in der Impfdatenbank des Landes Steiermark nicht gespeichert. Ich stimme zu, dass ÄrztInnen in dieser Impfdatenbank nachsehen können, welche Impfungen mein Kind bekommen hat. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich bei der Stadt Graz widerrufen.

Graz, am .....

.....  
Unterschrift des mündigen Minderjährigen bzw. der/des  
Erziehungsberechtigten

Anmerkung des Impfarztes/ der Impfärztin:

—

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Impfarzt/Impfärztin