

20 MINUTEN NACHBEOBACHTUNGSZEIT
VERBLEIBEN SIE BITTE IM WARTEBEREICH DER IMPFSTELLE!

IMPF - Einwilligungserklärung

Name:

SV.Nr: Geb. Datum:

Straße:

PLZ: Ort:

Tel.Nr.: E-Mail:

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

- ☐ 6-fach-Impfung (Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten, Hepatitis B, HIB)
- ☐ Pneumokokken für Säuglinge und Kleinkinder
- ☐ Rotaviren (Schluckimpfung)
- ☐ Hepatitis B bis zum 15. Lebensjahr
- ☐ Auffrischungsimpfung 4-fach (Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten)
- ☐ Masern-Mumps-Röteln
- ☐ HPV Gardasil 9 (9. bis 30. Lebensjahr)
- ☐ Meningokokken ACWY 10. bis 13. Lebensjahr
- ☐ Pneumokokken für Erwachsene **CAPVAXIVE (ab 60.LJ).....(v.18 – 60 LJ)**
- ☐ Gürtelrose Impfung **SHINGRIX (ab 60.LJ).....(v.18 – 60 LJ)**

Saisonal erhältlich: Bitte ankreuzen

- ☐ FSME Junior Impfung (vom vollendeten 1. bis zum 16. Lebensjahr)
- ☐ FSME Impfung (Erwachsene)
- ☐ Covid-19 Impfung ab dem 12. Lebensjahr
- ☐ Influenza (Grippe)-Impfung Erwachsene **ÜBER** dem 60. Lebensjahr
- ☐ Influenza (Grippe)-Impfung Erwachsene **UNTER** dem 60. Lebensjahr
- ☐ Influenza (Grippe)-Impfung Kinder (6 Monate bis 2 Jahre – Stichimpfung)

Waren Sie bzw. Ihr Kind 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 bzw. Ihr Kind schwere oder chronische Vorerkrankungen?

Ja ☐ Nein ☐

Welche?

Leiden Sie bzw. Ihr Kind an einer Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung? Ja ☐ Nein ☐

Welche?

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind derzeit oder ständig Medikamente? Ja ☐ Nein ☐

Welche?

Blutverdünnende Medikamente:

Immunsupprimierende Medikamente:

Bekommen Sie bzw. Ihr Kind derzeit eine Chemo- oder Strahlentherapie? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie bzw. Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Immunglobuline erhalten? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie bzw. Ihr Kind 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?

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 Email Adresse in die Grazer Impfdatenbank aufgenommen wird und ich mögliche Informationen über Impfungen erhalten kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift Kund:in
Erziehungsberechtigte:r
bzw. mündig Minderjährige:r (ab 14. LJ)