

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON IMPFUNGEN



REISEZIEL: _____

FRAGEN ZUR GESUNDHEITSSITUATION

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname:	Vorname:
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsdatum:
männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>
vollständige Wohnadresse:	
E-Mail:	Telefonnummer:
Name der oder des Erziehungsberechtigten:	

1. **Besteht derzeit eine akute Erkrankung/Fieber?** ja nein
2. Besteht eine erworbene oder angeborene Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, HIV-AIDS, Hepatitis C, Niereninsuffizienz (Dialyse), Autoimmunerkrankung)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
3. Besteht eine Blutungsneigung (Neigung zu Blutergüssen?) bzw. Blutgerinnungsstörung oder verminderte Anzahl von Blutplättchen? (z.B. nach einer MMR-Impfung) ja nein
4. Besteht/bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns (z.B. Epilepsie) und des Rückenmarks/Nervenentzündungen, Muskelschwäche, der Leber, der Nieren oder eine Autoimmunerkrankung? (z.B. Lähmung, Nervenentzündung, Multiple Sklerose, Thymuserkrankung, Rheumatoide Arthritis, Tuberkulose) ja nein
Wenn ja, welche? _____
5. Wurde in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? _____ ja nein
6. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? ja nein
Wenn ja, welche? _____
7. Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung/Infektion oder Operation? ja nein
Wenn ja welche? _____
8. Ist eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auf Bestandteile der Impfung, gegen **Latex, Hefe, Kautschuk**, Eculizumab, Formaldehyd, Protaminsulfat, Chlortetracyclin, Amphotericin B, Polygelin, Kanamycin, Neomycin (-sulfat), Gentamycin, Sorbitol, Octoxynol-9, Streptomycin, Polymyxin B, Glycin, Glutaraldehyd, **Eier oder Hühnereiweiß**, Casein) bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____
9. Ist eine schwerwiegende Reaktion (z.B. Gehirnfunktionsstörung) Ohnmacht / allergische Reaktion / Fieberkrampf / GBS (aufsteigende Lähmungen) auf eine Impfung bekannt? ja nein
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
10. Werden regelmäßig **Medikamente** u.a. Cortison, oder andere abwehrschwächende Medikamente (z.B. nach Transplantation, Krebstherapie) oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? ja nein
Wenn ja, welche, bis wann? _____
11. Ist ein Tuberkulostest geplant? ja nein
12. **Für Frauen:** Planen Sie eine Schwangerschaft, besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ja nein
Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bis 1 Monat nach einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung bzw. Gelbfieber-Impfung nicht schwanger werden soll. ja

Ich bin mit der Datenverarbeitung einverstanden. (DSG – Infoblatt ist ausgelegt) ja nein

Bitte wenden – nach Aufklärung unterfertigen!

REISEZIEL: _____

Reisebeginn: _____ Dauer: _____

Art: Gehoben/Hotel ja Abenteuer ja

Malaria-Prophylaxe erforderlich: ja nein

vereinbarte IMPFUNGEN:				
---------------------------	--	--	--	--

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfungen ausreichend aufgeklärt worden und hatte die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen. ja nein

Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfungen einverstanden. ja nein

Datum: _____ Unterschrift der zu impfenden Person/des Erziehungsberechtigten bei Personen unter 14 Jahren _____

Von der Impfärztin/vom Impfarzt weiters einzutragen:

Impfung gegen: _____ Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Auffrischungsimpfung	<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung Grundimmunisierung (GI)	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung GI	Chargenpickerl
Impfstoff:	Chargen-Nr.			

Es bestanden keine weiteren Fragen

Impfung gegen: _____

<input type="checkbox"/> Auffrischungsimpfung	<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung GI	Chargenpickerl
Impfstoff:	Chargen-Nr.			

Es bestanden keine weiteren Fragen

Impfung gegen: _____

<input type="checkbox"/> Auffrischungsimpfung	<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung GI	Chargenpickerl
Impfstoff:	Chargen-Nr.			

Es bestanden keine weiteren Fragen

Impfung gegen: _____

<input type="checkbox"/> Auffrischungsimpfung	<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung GI	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung GI	Chargenpickerl
Impfstoff:	Chargen-Nr.			

Es bestanden keine weiteren Fragen

Vermerke für die Impfärztin/den Impfarzt: (persönliche Gespräche; Informationen; Erklärungen; Sachverhalte)

Aufklärungsblatt über Mückenschutzmaßnahmen ausgehändigt Gelbfieber - Weaver ausgehändigt

Rezept ausgehändigt für: Malarianotfalltherapie Malaria Prophylaxe

über andere empfohlene Impfungen aufgeklärt Persönlicher Impfplan:

Weitere Anmerkungen:

_____ Datum

_____ Unterschrift der Impfärztin/des Impfarztes, Stempel