

Persönliche Daten der zu impfenden Person – Name der Schutzimpfung

Familienname*

Vorname*

Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)*

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

Geschlecht* ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

☐ inter ☐ offen ☐ kein Eintrag

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die zu impfende Person

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin oder dem Arzt vor der Impfung mit. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

1. Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung oder Infektion** (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?

Zutreffendes auswählen

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, woran?

2. Besteht bei der zu impfenden Person eine **Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes** (siehe Gebrauchsinformation)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

3. Hatte die zu impfende Person schon einmal einen **allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps**?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, worauf?

4. Erfolgte bei der zu impfenden Person in den **letzten 4 Wochen eine andere Impfung**, oder wird derzeit eine **allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung** bei der zu impfenden Person durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

5. Hat die zu impfende Person in den **letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was und wann?

6. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **blutverdünnende Medikamente**?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

7. Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine **Chemo- und/oder Strahlentherapie** durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person **immunschwächende Medikamente** ein (z.B. Cortison)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

8. Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit **nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?

9. Liegen bei der zu impfenden Person **schwere oder chronische Erkrankungen** (z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

10. Wurde vor kurzem bei der zu impfenden Person ein **operativer Eingriff** durchgeführt oder ist ein solcher bei der zu impfenden Person geplant?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

11. Besteht eine **Schwangerschaft** bei der zu impfenden Person?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Einverständniserklärung zur Schutzimpfung

Version 1.0, Stand: 13.04.2022

Die entsprechende, aktuelle und vollständige Version der Gebrauchsinformation des Impfstoffes ist Bestandteil dieses Aufklärungs- und Dokumentationsbogens und ist in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen, auf Wunsch auch in ausgedruckter Form.

Gebrauchsinformationen der Impfstoffe, die im kostenfreien Impfprogramm des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung bereitgestellt werden, sind verfügbar unter:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>

Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.



Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden bin und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor der Unterfertigung dieses Bogens an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin.

Sollte vor Ort keine Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin oder dem Impfarzt bestehen (z.B. bei **Schulimpfungen**), ersuchen wir Sie, sich dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte, Erwachsenenvertretung oder Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen.

Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) dürfen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Datum (TT.MM.JJJJ) Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

Wichtige Informationen: Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin oder des Arztes.

Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehest möglichen Zeitpunkt nachgeholt werden. Weitere Informationen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz www.sozialministerium.at unter der Rubrik „Impfen“.



Achtung: Bitte freilassen – Nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Vereinbarter Impfstoff*

- ☐ Vorbereitung durch Dritte ☐ Oberarm links
☐ Oberarm rechts

Chargennummer (LOT oder Ch.B)*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)*

Name der verantwortlichen Ärztin /
des verantwortlichen Arztes*

Name der impfenden Person (falls abweichend)

☐ Die Bürgerin / der Bürger ist
nicht eindeutig identifizierbar.

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes