

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MIT DER DURCHFÜHRUNG DER IMPFUNG GEGEN
DIPHtherIE, TETANUS, KEUCHHUSTEN UND POLIO MIT REPEVAX®
Fragen zur Gesundheitssituation**

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:
ev. früherer Name:		Alter:
männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>	
vollständige Wohnadresse:		

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Sind Sie derzeit gesund/feieberfrei? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht?
Wenn ja, welche und wann? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Besteht/Bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns und des Rückenmarks/Nervenentzündungen (z.B. Lähmungen, Armnervenzündung) oder eine Autoimmunerkrankung? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Hatten Sie je Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Leiden Sie an einer Blutungsneigung oder einer Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Ist bei Ihnen eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. gegen Neomycin, Glutaraldehyd, Polymycin, Streptomycin, Formaldehyd, Rinderserumalbumin) bekannt? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Ist bei Ihnen eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung bekannt?
Wenn ja, welche bei welcher Impfung? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen oder eine Ohnmacht aufgetreten?
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Wurde in den letzten 2 Jahren eine Auffrischungsimpfung mit Diphtherie/Tetanus durchgeführt?
Wenn ja, welche und wann? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Besteht bei Ihnen eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Für Frauen: Beabsichtigen Sie schwanger zu werden, sind Sie schwanger oder stillen Sie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte fragen Sie Ihren Impfarzt/Ihre Impfärztin, wenn Sie noch etwas über obige Impfung erfahren wollen oder etwas unklar bleibt.

Datenschutzerklärung: Sie/Ihr Kind nehmen/nimmt mit dieser Impfung eine Serviceleistung des Landes Tirol in Anspruch. Dieses Service umfasst auch eine bezirksübergreifende automationsunterstützte Dokumentation der verabreichten Impfungen für den amtsärztlichen Dienst. Dabei kann der impfende Amtsarzt auch jene Impfdaten einsehen, die im Zuständigkeitsbereich einer anderen Tiroler Bezirkshauptmannschaft erhoben wurden. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie die ausdrückliche Zustimmung nach § 9 Z 6 des Datenschutzgesetzes 2000 (DSG 2000), dass die in diesem Formular angeführten Daten von Ihrem behandelnden Arzt für das Amt der Tiroler Landesregierung zur weiteren Verarbeitung der Daten in einem landesinternen Informationsverbundsystem dokumentiert werden. Sie erteilen außerdem die ausdrückliche Zustimmung, dass die in diesem Formular angeführten Daten sowie Daten früherer Impfungen im Rahmen der Impfkation Tirol in einem landesinternen Informationsverbundsystem nach § 50 DSG 2000 (Betreiber: Amt der Tiroler Landesregierung, DVR 0059463) verwendet werden. Zweck der Datenanwendung ist die Impfdokumentation, die Zusammenschau und statistische Auswertung aller dokumentierten Impfungen für Amtsärzte (auch anderer BH'en) und allenfalls die persönliche Auskunft über Impfungen sowie die Abrechnung der ärztlichen Leistungen. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zum obengenannten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und über Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

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

Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden: _____
Datum Unterschrift der zu impfenden Person

Vom Impfarzt/der Impfärztin einzutragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> 1. Impfung GI <input type="checkbox"/> 2. Impfung GI <input type="checkbox"/> 3. Impfung GI <input type="checkbox"/> Auffrischungsimpfung nach erfolgter Grundimmunisierung (GI)		
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf

Datum Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel

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