

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DER PNEUMOKOKKEN-IMPfung MIT PREVENAR 13® (Erwachsene)

## Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

### Daten der zu impfenden Person:

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

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

- Sind Sie derzeit gesund/fieberfrei? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht?  
Wenn ja, welche und wann? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie an einer Blutungsneigung (Hämophilie) oder einer Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)? ☐ ja ☐ nein
- Ist bei Ihnen eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auch gegen Latex, Hefe oder Kautschuck) bekannt?  
Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein
- Ist bei Ihnen eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung bekannt?  
Wenn ja, welche bei welcher Impfung? ☐ ja ☐ nein
- Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen (z.B. Allergie, Fieberkrampf) oder eine Ohnmacht aufgetreten?  
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?  
Wenn ja, welche und wann? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten?  
Wenn ja, wann und was? ☐ ja ☐ nein
- Besteht bei Ihnen eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz, Autoimmunerkrankung)? Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein
- Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
- Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? ☐ ja ☐ nein
- Für Frauen: Sind Sie schwanger, beabsichtigen Sie schwanger zu werden oder stillen Sie? ☐ ja ☐ 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. Teilimpfung	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

☐ Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel

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