

EINWILLIGUNG ZUR ZECKENSCHUTZIMPfung

Vor- und Familienname des Impflings:						männlich: <input type="checkbox"/>		weiblich: <input type="checkbox"/>			
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:											
Sozialversichert bei:						T	T	M	M	J	J
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:											
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)											
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			3. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			Auffrischung: <input type="checkbox"/>		

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Sind bei einer früheren Zeckenimpfung ernste Nebenwirkungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist ein Zeckenstich innerhalb der letzten vier Wochen aufgefallen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt, insbesondere gegen Hühnereiweiß?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Besteht beim Impfling eine chronische Erkrankung , Immunschwäche, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Nimmt der Impfling regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich bestätige, dass ich die beiliegende Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde dort über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Kontraindikationen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Mir wurde die Gelegenheit geboten, offene Fragen mit der Ärztin / dem Arzt zu besprechen: Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt.

Ich bin mit der Durchführung der Zeckenschutzimpfung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

HINWEIS:

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Zustimmungserklärung eines Elternteiles bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstampiglie)

INFORMATION ÜBER DIE ZECKENSCHUTZIMPfung (FSME)

Die Erkrankung und ihre Behandlung

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine Viruskrankheit des Gehirns und des Rückenmarks, welche bleibende Schäden hinterlassen kann und manchmal tödlich endet. Sie wird durch Zeckenstich übertragen. Die FSME-Impfung wird in Österreich allgemein empfohlen.

Es gibt keine ursächliche Behandlung.

Impfschema

1. Teilimpfung ab dem vollendeten ersten Lebensjahr, bei starker Infektionsgefahr nach Nutzen-Risikoabwägung ab dem 7. Lebensmonat
2. Teilimpfung ein bis drei Monate danach, bei Notwendigkeit eines raschen Impfschutzes 14 Tage
3. Teilimpfung 9 bis 12 Monate nach der 2. Teilimpfung
1. Auffrischung nach 3 Jahren, danach alle 5 Jahre

Je nach verwendetem Impfstoff kann auch ein leicht abweichendes Impfschema gelten.

Personen ab 60 sollten sich alle drei Jahre impfen lassen, da mit zunehmendem Alter die Immunität nachlässt.

Für ungeimpfte und unvollständig immunisierte Personen nach Zeckenstich sowie bei langen Impfintervallen gibt es spezielle Empfehlungen. Fragen Sie Ihren Arzt!

Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

99 % aller regulär geimpften Personen sind vor Erkrankung geschützt. Nur durch die Impfung konnte die Krankheit weitgehend zurückgedrängt werden. Im Zeitraum von 2000 bis 2011 konnten durch die Impfung in Österreich etwa 4.000 FSME-Erkrankungen und zirka 30 Todesfälle vermieden werden.

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch. Weiters finden Sie umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich.

Infos im web: www.bmg.gv.at – „Impfungen“, „Impfbroschüre“.

Bei schwerer Hühnereiweißallergie soll diese Impfung nur im Krankenhaus verabreicht werden.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem Impfarzt / der Impfärztin gemeldet werden!

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 15 Minuten in der Nähe des Arztes zu verweilen.

Ihre Daten werden zum Zwecke der Verrechnung und Dokumentation elektronisch verarbeitet und streng vertraulich behandelt.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -