



# FSME-Schutzimpfung

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen für Erwachsene

## Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

**Bezirksverwaltungsbehörde** BH Braunau

\_\_\_\_\_  
 Hammersteinplatz1  
 5280 Braunau  
 \_\_\_\_\_

Eingangsstempel

Rückfragen: 07722-803-60453

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. wählen Sie Zutreffendes aus.

**Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand / Impfstatus ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin / dem Impfarzt ersucht.**

Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (**Impfausweis, Impfkarte**) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

## 1. Schutzimpfung

### 1.1 Schutzimpfung gegen FSME (FSME-IMMUN 0,5 ml)

1. Teilimpfung  
  2. Teilimpfung  
  3. Teilimpfung  
  1. Auffrischung nach 3 Jahren  
  Auffrischung

## 2. Anamnese / Gesundheitszustand

| Frage   | Antwort   |
|---|---|
| Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer <b>akuten Erkrankung oder Infektion?</b> (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere) Wenn ja, woran? _____  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Besteht bei der zu impfenden Person eine <b>Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes?</b> (siehe Gebrauchsinformation) Wenn ja, welche? _____  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Hatte die zu impfende Person schon einmal einen <b>allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps?</b> Wenn ja, worauf? _____   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Erfolgte bei der zu impfenden Person in den <b>letzten 4 Wochen eine andere Impfung</b> oder wird derzeit eine <b>allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung</b> durchgeführt? Wenn ja, welche und wann? _____  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Hat die zu impfende Person in den <b>letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline</b> erhalten? Wenn ja, was und wann? _____  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Nimmt die zu impfende Person <b>blutverdünnende Medikamente</b> ein? Wenn ja, welche? _____   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine <b>Chemotherapie</b> und / oder <b>Strahlentherapie</b> durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person <b>immunschwächende Medikamente ein</b> (z.B. Cortison)? Wenn ja, welche? _____  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit <b>nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen?</b> (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber) Wenn ja, nach welcher Impfung und welche? _____ | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Leidet die zu impfende Person an einer <b>schweren oder chronischen Erkrankung?</b> (z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen) Wenn ja, an welcher? _____   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wurde vor Kurzem bei der zu impfenden Person ein <b>operativer Eingriff</b> durchgeführt oder ist ein solcher geplant? Wenn ja, wann? _____   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sofern eine <b>Schwangerschaft bei der zu impfenden Person</b> besteht, bitte ankreuzen! Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____   | <input type="radio"/> Ja                            |

### 3. Angaben zur Person

#### 3.1 Persönliche Daten

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname / Nachname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

► **Österreichische Sozialversicherungsnummer** (Format 1234TTMMJJ) | \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich  divers  inter  offen  kein Eintrag

Ggf. Name des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

#### 3.2 Adresse / Kontakt

Straße \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### 4. Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** (Beiblatt 1) und die **Gebrauchsinformation** (Beiblatt 2) zum obengenannten Impfstoff gelesen habe. (Diese Information finden Sie unter [www.land-oberoesterreich.gv.at/22782.htm](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/22782.htm) und ist Bestandteil dieses Aufklärungs- und Dokumentationsbogens.) Ich wurde dort über den Nutzen der Impfung, die Zusammensetzung des Impfstoffes, Gegenanzeigen für die Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden. Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch bzw. hatte ich Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.



#### Information zum Datenschutz

Personenbezogene Daten (Name, Geburtsdatum, Adress- und Kontaktdaten, Sozialversicherungsnummer, Art und Datum der Impfung) werden in der Impfdatenbank des Landes Oberösterreich zum Zweck der Dokumentation und Verrechnung gespeichert und können von den Gesundheitsbehörden in Oberösterreich (Bezirkshauptmannschaften und Magistrate) im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus eingesehen werden. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist auch im Impfregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen. **Allgemeine Informationen zum Datenschutz:** [www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz) und [www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung](http://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung)

**Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (der zu impfenden Person oder des gesetzlichen Vertreters)

### 5. Hinweise

- Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz empfohlen.
- **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**
- Weitere Informationen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Homepage des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ([www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) unter der Rubrik „Impfen“).
- Für den Fall eventuell auftretender Impfreaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung 20 Minuten in Reichweite der Ärztin/des Arztes.
- Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin / Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin / 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 [www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen](http://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen) oder kontaktieren Sie 0800 555 621.
- Die Anwendung mancher Impfstoffe (z.B. Affenpocken, HPV,...) erfolgt außerhalb der Zulassung (=Offlabel), wird jedoch seitens des nationalen Impfgremiums empfohlen, um den zu impfenden Personen die bestmögliche evidenzbasierte Behandlung zukommen zu lassen. Eine Offlabel-Anwendung bedarf erhöhter Sorgfalts- und Aufklärungspflichten.



### Ärztliche Anmerkungen

vom Impfarzt / von der Impfärztin auszufüllen

#### Impfung

Impfstelle / Organisation \_\_\_\_\_ Impfdatum (TT.MM.JJJJ) | \_\_\_\_\_

Vereinbarter Impfstoff \_\_\_\_\_ Chargennummer (LOT oder Ch.B.) \_\_\_\_\_

Name von der impfenden Person (falls abweichend) \_\_\_\_\_

#### Ärztliche Anmerkungen

Vorbereitung durch Dritte  Oberarm rechts  Oberarm links

Offlabel-Anwendung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Stempel und Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes