

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für ERWACHSENE zur SCHUTZIMPfung gegen



(☒ Zutreffendes bitte ankreuzen/ *) Pflichtfeld)	Ja	Nein
1. Haben Sie derzeit eine akute Erkrankung, wie zum Beispiel Fieber oder andere Beschwerden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie an einer Allergie auf Medikamente, Hühnereiweiß oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes (siehe Gebrauchsinformation Beiblatt)? Wenn ja, an welcher?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps? Wenn ja, worauf?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leiden Sie an einer schweren oder chronischen Erkrankung? (z.B. Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen, epileptische Anfälle) Wenn ja, an welcher?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wird derzeit eine Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt oder nehmen Sie immunschwächende Medikamente ein (z.B. Cortison)? Wenn ja, welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Lebendimpfung (z.B. gegen Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Gelbfieber, Denguefieber etc.) beziehungsweise eine allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung erhalten? Wenn ja, welche und wann?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wird in den nächsten 14 Tagen bei Ihnen ein operativer Eingriff durchgeführt? Wenn ja, wann?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sofern eine Schwangerschaft besteht, bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

Magistrat der
Landeshauptstadt Linz
Gesundheitsmanagement,
Sport- und Gesundheitsförderung

Hauptstraße 1 – 5, Neues Rathaus
4041 Linz
gs@mag.linz.at
+43 732 7070-0

linz.at

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen - Danke!

..... Familienname *) Vorname *)
..... Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort*)	
..... Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr *) Sozialversicherungsnummer u. Versicherungsträger*)
..... Tel. Nr. für Rückfragen des/r Impfarztes/Impfärztin *)	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** und die **Gebrauchsinformation** zum obengenannten Impfstoff (elektronisch bzw. Beiblatt) gelesen habe. Ich hatte dort die Möglichkeit, mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren und habe diese Informationen verstanden.
Ich habe das mir bereitgestellte Informationsmaterial aufmerksam gelesen und bin mir über die Risiken sowie den Nutzen der Schutzimpfung bewusst.

<input type="checkbox"/> Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf ein ärztliches Aufklärungsgespräch.	
<input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden mit der Durchführung der Schutzimpfung.	
..... Datum*)	UNTERSCHRIFT

Hinweise:

- x Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Gesundheit empfohlen.
- x Informationen zu Impfungen: BM für Gesundheit, www.bmg.gv.at, unter Prävention> Impfen, Österreichischer Impfplan
- x Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte den Impfarzt/die Impfärztin.
- x **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**
- x Bitte bringen Sie Ihre Impfdokumente (Impfpass) zur Impfung mit!

Von der Impfstelle auszufüllen:

..... Datum Unterschrift Arzt/Ärztin Datum Unterschrift DGKP
----------------	-----------------------------------	----------------	----------------------------

Der Patient/ die Patientin ist in allen Qualitäten orientiert und erscheint diskretions- sowie dispositionsfähig.

Informationen zum Datenschutz:

Die von Ihnen bekanntgegebenen Daten werden

- im Rahmen unserer gesetzlichen Verpflichtungen an andere Verwaltungseinheiten weitergegeben.
- im Magistrat Linz über einen Zeitraum von 30 Jahren gespeichert.
- im Impfreister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 verarbeitet.

Die Daten für den Erinnerungsservice zur Auffrischungsimpfung werden so lange gespeichert, solange Sie diese Serviceleistung in Anspruch nehmen. Sollte dieser Service von Ihnen nicht mehr gewünscht sein, können Sie uns dies jederzeit via E-Mail an impfservice@mag.linz.at mitteilen. In diesem Fall werden die dafür angegebenen Daten gelöscht. Im Zusammenhang mit der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Auskunft, Richtigstellung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung sowie das Recht Beschwerde bei der Datenschutzbehörde zu erheben. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten: Tel: 0732 7070, E-Mail: datenschutz@mag.linz.at