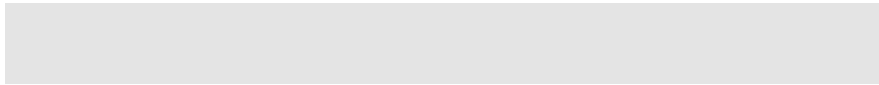




EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für Kinder/SchülerInnen zur SCHUTZIMPfung gegen



Bitte beachten Sie, dass nur dann eine Bearbeitung gewährleistet werden kann, wenn die mit „*“ gekennzeichneten Pflichtfelder vollständig ausgefüllt sind.

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

(⊗ Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Leidet oder litt Ihr Kind in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran? *) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? *) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidet Ihr Kind an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?*) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? *) Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidet Ihr Kind an einer schweren oder chronischen Erkrankung? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle) Wenn ja, an welcher? *) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? *) Wenn ja, welche und wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? *) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sofern eine Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen! *) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Familienname des Kindes *) | Vorname des Kindes *) |
| _____ | |
| Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort) *) | |
| _____ | |
| Geburtsdatum des Kindes: Tag/Monat/Jahr *) | |
| _____ | _____ |
| Name der oder des Erziehungsberechtigten *) | Tel.Nr. für Rückfragen des/r Impfarztes/Impfärztin *) |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** (Beiblatt 1) und die **Gebrauchsinformation** (Beiblatt 2) zum obengenannten Impfstoff 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 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.

Wenn Sie die **Möglichkeit eines persönlichen Gespräches** mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, sich dazu an das Gesundheitsservice des Magistrates Linz zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen. **Ich bin einverstanden mit der Durchführung der Schutzimpfung.**

| |
|---|
| _____ |
| Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten (und des Kindes über dem 14. Lebensjahr) *) |

Hinweise:

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

Datum

Stempel und Unterschrift des/r Arztes/Ärztin

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 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:

Mag. Ing. Markus Oman, CSE (O.P.P.), Tel: 0732 7070, E-Mail: datenschutz@mag.linz.at

Rückfragen: Gesundheitsservice, Impfstelle, Tel.: 0732/7070-2625