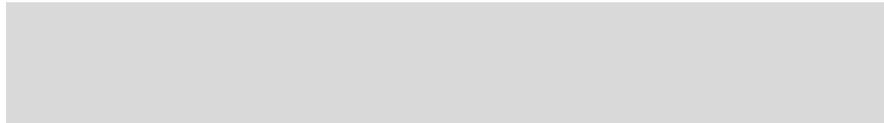


EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für ERWACHSENE zur SCHUTZIMPFUNG gegen



(☒ Zutreffendes bitte ankreuzen / *) Pflichtfeld)	Ja	Nein
Leiden oder litten Sie 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"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie 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"/>
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche? und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine Schwangerschaft besteht, bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

Familiennamen *)		Vorname *)	
Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort *)			
Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr *)		Sozialversicherungsnummer *)	
Tel. Nr. für Rückfragen des/r Impfarztes/Impfärztin *)			
<hr/>			
Bitte nur ausfüllen, wenn eine FSME („Zecken“) – Impfung durchgeführt wird.			
<input type="checkbox"/> Ich möchte per E-Mail oder SMS an die nächste FSME („Zecken“) – Impfung erinnert werden (optional)			
E-Mail-Adresse		Handynummer	

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.

Ich bin einverstanden mit der Durchführung der Schutzimpfung.	
Datum *)	UNTERSCHRIFT

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!

Anmerkungen Impservice:

Datum _____ Unterschrift impfende Person _____

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, so lange 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