

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für KINDER/SCHÜLERINNEN zur SCHUTZIMPfung gegen



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 / *) Pflichtfeld)	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?	☐	☐
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)?	☐	☐
Leidet Ihr Kind an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	☐	☐
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	☐	☐
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?	☐	☐
Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche? und wann?	☐	☐
Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	☐	☐
Bekommt Ihr Kind derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?	☐	☐
Musste Ihr Kind sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen?	☐	☐
Sofern eine Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!	☐	☒

Bitte wenden – Danke!

Magistrat der
Landeshauptstadt Linz
Abteilung GeS

Hauptstraße 1 – 5, Neues Rathaus
4041 Linz
gs@mag.linz.at
+43 732 7070 2645

linz.at

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

Familienname des Kindes *)	Vorname des Kindes *)
Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort *)	
Geburtsdatum des Kindes: Tag/Monat/Jahr *)	Sozialversicherungsnummer des Kindes *)
Name der oder des Erziehungsberechtigten *)	Tel. Nr. für Rückfragen des/r Impfarztes/Impfärztin *)
Bitte nur ausfüllen, wenn eine FSME („Zecken“) – Impfung durchgeführt wird.	
☐ 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.

Wenn Sie die **Möglichkeit eines persönlichen Gespräches** mit der Impfärztin/dem Impfarzt wünschen, ersuchen wir Sie, sich dazu an das Impfservice Stadt 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!

Anmerkungen Impfservice:

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