



Nach Vorlage des Bundesministeriums für
 Soziales, Gesundheit, Pflege und
 Konsumentenschutz - V.2, 0, Stand 18.08.2022

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen zur Schutzimpfung

Bitte füllen Sie die mit * gekennzeichneten Pflichtfelder für das Impfreger aus

Persönliche Daten der zu impfenden Person

Name der
 Schutzimpfung

Familienname *

Vorname *

Geburtsdatum *

Geschlecht * [x]:

weibl. männl. divers inter offen k.A.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sozialversicherungsnummer *

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ggf. : Name der gesetzlichen Vertretung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die zu impfende Person

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte dem Arzt / der Ärztin vor der Impfung mit. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen - Zutreffendes ankreuzen (x)		JA	NEIN
1	Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Besteht bei der zu impfenden Person eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes (siehe Gebrauchsinformation)? Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hatte die zu impfende Person schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, Atemnot oder Kollaps ? Wenn ja: Worauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Erfolgte bei der zu impfenden Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung , oder wird bei der Person derzeit eine allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung durchgeführt? Wenn ja: Welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? Wenn ja: Was und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nimmt die zu impfende Person regelmäßig blutverdünnende Medikamente ? Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine Chemo- und / oder Strahlentherapie durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person immunschwächende Medikamente ein (z. B. Cortison)? Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Bestanden bei der zu impfenden Person nach früherer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bestehen bei der zu impfenden Person schwere oder chronische Erkrankungen (z. B. Immunschwäche, Krebs- oder Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen)? Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wurde vor kurzem bei der zu impfenden Person ein operativer Eingriff durchgeführt oder ist ein solcher geplant? – Wenn ja: Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Besteht eine Schwangerschaft der zu impfenden Person? Wenn ja: Welche Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einverständniserklärung zur Schutzimpfung

nach: V.2.0, Stand 18.08.2022

Die entsprechende, aktuelle und vollständige Version der Gebrauchsinformation des Impfstoffes ist Bestandteil dieses Aufklärungs- und Dokumentationsbogens und ist in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen, auf Wunsch in ausgedruckter Form. Gebrauchsinformationen der Impfstoffe, die im kostenfreien Impfprogramm des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung bereitgestellt werden, sind verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Gebrauchsinformationen der COVID-19-Impfstoffe sind verfügbar unter:

<https://www.basq.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>

Die Anwendung von Impfstoffen außerhalb der Zulassung wird teils seitens des Nationalen Impfgremiums empfohlen, um den zu impfenden Personen die bestmögliche evidenzbasierte Behandlung zukommen zu lassen. Eine off-label-Anwendung bedarf erhöhter Sorgfalts- und besonderer Aufklärungspflichten.



Weitere Informationen und die jeweils für Österreich gültigen Impfempfehlungen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz unter: www.sozialministerium.at/impfen



Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor der Unterfertigung dieses Bogens an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin. Sollte vor Ort keine Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin oder dem Impfarzt bestehen (z.B. bei **Schulimpfungen**), ersuchen wir Sie, sich dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor vollendetem 14. Lebensjahr) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte, Erwachsenenvertretung oder Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) dürfen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden bin und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfreister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist; s <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>



Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

Wichtige Informationen: Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (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 oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder 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:

<https://www.basq.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.

Achtung: Bitte freilassen – nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (ggf.: Vertragspartner-Nr.) *

Dr. Michael Hörner
FA für Dermatologie und Venerologie
1140 Wien, Hütteldorfer Straße 117/9
Tel. 789 26 54 D246550

Raum für ärztliche Anmerkungen

- Vorbereitung durch Dritte Oberarm links
 off-label-Anwendung Oberarm rechts

Verabreichter Impfstoff*

Chargenr. (LOT oder Ch.B) *

Impfdatum *

Name verantwortliche(r) Ärztin / Arzt *

Name impfenden Person, falls abweichend von verantwortl. Arzt / Ärztin

Bürgerin/Bürger, nicht eindeutig identifizierbar

Unterschrift verantwortliche(r) Ärztin / Arzt