

Informationen über die Gratisimpfung gegen Meningokokken ACW_{135Y}

Die Erkrankung

wird durch Bakterien (*Neisseria meningitidis*) hervorgerufen. Sie besiedeln den Nasen-Rachen-Raum Gesunder. Die Übertragung erfolgt durch Husten und Niesen oder durch engen Körperkontakt (Küssen). Besonders gefährdet sind Säuglinge und Kleinkinder, aber auch Jugendliche. Es kann eine Blutvergiftung (oft begleitet von Hautblutungen), eine eitrige Hirnhautentzündung oder eine eitrige Bindehautentzündung auftreten. Wesentlich für den Ausgang der Erkrankung ist der rasche Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie. In Österreich wurden im Jahr 2020 acht Fälle einer laborbestätigten invasiven Meningokokken-Erkrankung registriert, eine davon in Kärnten (Serotyp Y). Fünf bis zehn Prozent der Erkrankungen enden tödlich. Wird die Krankheit überlebt, können schwere bleibende Schäden resultieren.

Die Impfung

ist in Österreich ab Beginn des 11. Lebensjahres allgemein empfohlen. Sie wird in Kärnten als Schulimpfung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst in der 6. Schulstufe, sowie in den Gesundheitsämtern und bei zahlreichen niedergelassenen Ärzten auf Wunsch vom Beginn des 12. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gratis angeboten. Ab dem 16. Lebensjahr ist sie kostenpflichtig. Sie schützt vor Erkrankungen durch die Serogruppen A, C, W₁₃₅ und Y.

Die sechste Schulstufe ist die ideale Zeit für die Impfung, da die Erkrankung bei Teenagern gehäuft auftritt. Ein vollständiger Schutz vor einer Erkrankung durch Meningokokken der oben genannten Serogruppen kann nicht garantiert werden.

Weitere Infos siehe www.ktn.gv.at/impfen.

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch. Sie enthält Informationen zum Impfstoff, zu den Krankheiten, gegen die sie schützt, weiters Anwendungshinweise sowie Informationen über Nebenwirkungen und Vorsichtsmaßnahmen.

Sie finden umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich und beantwortet weitere Fragen.

Unerwartete Nebenwirkungen sollen dem impfenden Arzt / der impfenden Ärztin bzw. der Arzneimittelbehörde auf <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> gemeldet werden.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 15 Minuten an der Impfstelle zu verweilen, bei Allergierisiko 30-60 Minuten.

Ihre Daten werden zum Zwecke der Verrechnung und Dokumentation elektronisch verarbeitet und streng vertraulich behandelt.

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 der Ärztin/dem Arzt vor dem Impftermin mit.

Bitte den Impftermin am Kalender notieren!

Bitte Impfpass und Einwilligung am Impftag mitgeben, sonst kann nicht geimpft werden!

Versäumte Impftermine sollen ehestmöglich nachgeholt werden.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 - 68301

Einwilligung zur Vierfach-Meningokokkenimpfung

Schule	Klasse	Impftermin					
Vor- und Familienname des Impflings:		männlich: <input type="checkbox"/>			weiblich: <input type="checkbox"/>		
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:							
Sozialversichert bei:					T	T	M M J J
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:							
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)							

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer **Krankheit** bemerkt? ja nein
Wenn ja, welche?
2. Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?
3. Besteht bei der zu impfenden Person eine **chronische Erkrankung** z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle? ja nein
Wenn ja, welche?
4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere:
5. Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder **Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? ja nein
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten? ja nein
Wenn ja, welche?
7. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**? ja nein
8. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. **Operation**) unterziehen? ja nein
9. Bei Frauen: Ist die zu impfende Frau **schwanger**? ja nein

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 Impfregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Sollte vor Ort keine Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin oder dem Impfarzt bestehen (z.B. bei Schulimpfungen), ersuchen wir Sie, sich bei Bedarf an das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde oder eine Ärztin / einen Arzt ihres Vertrauens zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) 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) müssen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

.....
Datum
Unterschrift

Ärztliche Anmerkungen: