

Information über die Schutzimpfung gegen Hepatitis B

Die Impfung

Die von der Weltgesundheitsorganisation weltweit empfohlene Impfung wird in Österreich im Säuglings- und im Schulalter gratis und freiwillig angeboten. Nach der Grundimmunisierung im Säuglings- bzw. Kleinkindalter ist eine Auffrischungsimpfung im 7. bis 13. Lebensjahr empfohlen. Bei fehlender Grundimmunisierung soll die Hepatitis B-Immunsierung spätestens im 13. Lebensjahr durchgeführt werden, da das Infektionsrisiko ab diesem Alter wieder steigt. Für Erwachsene, die einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, gelten spezielle Empfehlungen.

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, zur Hepatitis B, 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.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem impfenden Arzt / der impfenden Ärztin bzw. auf www.basg.gv.at gemeldet werden.

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

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.

Kontaktinweis: Ihr Gesundheitsamt St. Veit/Glan, Telefon 050536 - 68301

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstampiglie)

EINWILLIGUNG zur Schulimpfung gegen Hepatitis B

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Schule | Klasse | Impftermin | | | |
| Vor- und Familienname des Kindes: | | männlich: <input type="checkbox"/> | weiblich: <input type="checkbox"/> | | |
| Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card: | | | | | |
| Sozialversichert bei: | | | | | |
| Name d. Erziehungsberechtigten: | | T | T | M | M |
| | | J | J | | |
| | | Telefon (f Rückfragen) | | | |
| Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | | | | | |
| 1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/> | 2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/> | 3. Teilimpfung: <input type="checkbox"/> | Auffrischung: <input type="checkbox"/> | | |

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 zur Schutzimpfung gegen Hepatitis B sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung sowie der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.

Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, sich dazu an das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

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

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

Ärztliche Anmerkungen: