

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MIT DER DURCHFÜHRUNG DER IMPFUNG GEGEN TOLLWUT MIT RABIPUR®

Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Familienname: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| SV-Nummer: | | |
| weiblich: <input type="checkbox"/> | männlich: <input type="checkbox"/> | div: <input type="checkbox"/> |
| vollständige Wohnadresse: | | |

1. Sind Sie derzeit gesund/feieberfrei? ja nein
2. Besteht/bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns und des Rückenmarks/Nervenzündungen oder eine Autoimmunerkrankung? Wenn ja, welche? _____ ja nein
3. Haben Sie oder gibt es in der Familie je Fieberkrämpfe, epileptische Anfälle oder Allergien? ja nein
4. Besteht eine Blutungsneigung bzw. Blutgerinnungsstörung? ja nein
5. Ist bei Ihnen eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auf Neomycin, Chlortetracyclin, Amphotericin B bzw. Eier und Eiprodukte oder Polygelin) bekannt? Wenn ja, welche? _____ ja nein
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen (z.B. kurze Ohnmacht, Allergie, allergischer Schock) aufgetreten? Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____ ja nein
7. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? _____ ja nein
8. Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, wann und was? _____ ja nein
9. Besteht bei Ihnen eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)? Wenn ja, welche? _____ ja nein
10. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ja nein
11. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____ ja nein
12. Für Frauen: Beabsichtigen Sie schwanger zu werden, besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? _____ ja nein

Bitte fragen Sie Ihren Impfarzt/Ihre Impfärztin, wenn Sie noch etwas über obige Impfung erfahren wollen oder etwas unklar bleibt.

Datenschutzerklärung: Du nimmst mit dieser Impfung eine Serviceleistung der HochschülerInnenschaft der Veterinärmedizinischen Universität Wien und der AUVA in Anspruch. Dieses Service umfasst auch eine bezirksübergreifende automationsunterstützte Dokumentation der verabreichten Impfungen für den amtsärztlichen Dienst. Dabei kann der impfende Arzt auch jene Impfdaten einsehen, die im Zuständigkeitsbereich einer anderen Bezirkshauptmannschaft erhoben wurden. Mit deiner Unterschrift erteilst du die ausdrückliche Zustimmung nach § 9 Z 6 des Datenschutzgesetzes 2000 (DSG 2000), dass die in diesem Formular angeführten Daten von deinem behandelnden Arzt für das Amt der Wiener Landesregierung zur weiteren Verarbeitung der Daten in einem landesinternen Informationsverbundsystem dokumentiert werden. Zweck der Datenanwendung ist die Impfdokumentation, die Zusammenschau und statistische Auswertung aller dokumentierten Impfungen für Amtsärzte (auch anderer BH'en) und allenfalls die persönliche Auskunft über Impfungen sowie die Abrechnung der ärztlichen Leistungen. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zum obengenannten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/ Gegenanzeigen zur Verabreichung und über Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.

Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden: _____

Datum

Unterschrift der zu impfenden Person

Vom Impfarzt/der Impfärztin einzutragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Impfung | <input type="checkbox"/> 2. Impfung | <input type="checkbox"/> 3. Impfung | <input type="checkbox"/> Auffrischung |
| Impfstoff: | Chargen-Nr. | Impfdatum: | |

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf

Datum

Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel

Vermerke für den Impfarzt/die Impfärztin: (persönliche Gespräche; Informationen; Erklärungen; Sachverhalte)