

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für KINDER/JUGENDLICHE zur SCHUTZIMPfung gegen**



(☒ Zutreffendes bitte ankreuzen / \*) Pflichtfeld)

	Ja	Nein
1. Leidet oder litt Ihr Kind in den letzten 7 Tagen an einer <b>akuten Erkrankung mit Fieber</b> ? Wenn ja, woran? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung <b>Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)</b> ? Wenn ja, nach welcher Impfung und welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leidet Ihr Kind an einer <b>Allergie auf Medikamente, Hühnereiweiß oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes (siehe Gebrauchsinformation Beiblatt)</b> ? Wenn ja, an welcher? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatte Ihr Kind schon einmal einen <b>allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps</b> ? Wenn ja, worauf? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nimmt Ihr Kind regelmäßig <b>Medikamente</b> ein? (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung) Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leidet Ihr Kind an einer <b>schweren</b> oder <b>chronischen Erkrankung</b> ? (z.B. Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen, epileptische Anfälle) Wenn ja, an welcher? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wird bei Ihrem Kind derzeit eine <b>Chemo- oder Strahlentherapie</b> durchgeführt oder nimmt ihr Kind <b>immunschwächende Medikamente</b> ein (z.B. Cortison)? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind in den <b>letzten 4 Wochen</b> eine <b>andere Impfung</b> beziehungsweise eine <b>allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung</b> erhalten? Wenn ja, welche und wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hat Ihr Kind in den <b>letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte</b> oder <b>Immunglobuline</b> erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wird in nächster Zeit bei Ihrem Kind ein <b>operativer Eingriff</b> durchgeführt? Wenn ja, wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sofern eine <b>Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

**Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!**

..... Familiename 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 *)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und, dass ich die Informationen über die **Erkrankung** und die **Gebrauchsinformation** zum obengenannten Impfstoff (elektronisch bzw. Beiblatt) 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 habe das mir bereitgestellte Informationsmaterial aufmerksam gelesen und bin mir über die Risiken sowie den Nutzen der Schutzimpfung bewusst.**

<input type="checkbox"/> Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf ein ärztliches Aufklärungsgespräch.
<input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden mit der Durchführung der Schutzimpfung.
..... <b>UNTERSCHRIFT</b> Datum*) der/des Erziehungsberechtigten (und des Kindes über dem 14. Lebensjahr)

**Hinweise:**

- x Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Gesundheit empfohlen.
- x Informationen zu Impfungen: BM für Gesundheit, [www.bmg.gv.at](http://www.bmg.gv.at), unter Prävention> Impfen, Österreichischer Impfplan
- x Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte den Impfarzt/die Impfärztin.
- x **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**
- x Bitte bringen Sie Ihre Impfdokumente (Impfpass) zur Impfung mit!

**Von der Impfstelle auszufüllen:**

..... Datum	..... Unterschrift Arzt/Ärztin	..... Datum	..... Unterschrift DGKP
----------------	-----------------------------------	----------------	----------------------------

Der Patient/ die Patientin ist in allen Qualitäten orientiert und erscheint diskretions- sowie dispositionsfähig.

**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 Impfregeister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 verarbeitet.

Die Daten für den Erinnerungsservice zur Auffrischungsimpfung werden so lange gespeichert, solange 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](mailto: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](mailto:datenschutz@mag.linz.at)