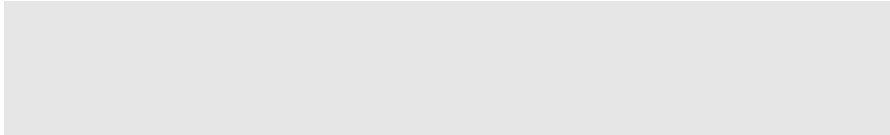


**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für ERWACHSENE zur SCHUTZIMPfung gegen**



(☐ Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer <b>akuten Erkrankung</b> (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran? *)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits einmal nach einer Impfung <b>Beschwerden oder Nebenwirkungen</b> (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? *)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer <b>Allergie</b> (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher? *)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? *) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer <b>schweren</b> oder <b>chronischen Erkrankung</b> ? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle) *) Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den <b>letzten 4 Wochen</b> eine <b>andere Impfung</b> erhalten? *) Wenn ja, welche ..... und wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den <b>letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte</b> oder <b>Immunglobuline</b> erhalten? *)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie derzeit eine <b>Chemo-</b> und/oder <b>Bestrahlungstherapie</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie sich vor kurzem einer <b>eingreifenden Behandlung</b> (z.B. Operation) unterziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine <b>Schwangerschaft besteht, bitte ankreuzen!</b> *)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden - Danke!**

**Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen - Danke!**

_____	_____
Familienname *)	Vorname *)
_____	
Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort) *)	
_____	_____
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr *)
_____	_____
Tel. Nr. für Rückfragen des/r Impfarztes/Impfärztin *)	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** (Beiblatt 1) und die **Gebrauchsinformation** (Beiblatt 2) zum obengenannten Impfstoff 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 bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch, bzw. hatte ich Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.

**Ich bin einverstanden mit der Durchführung der Schutzimpfung.**

\_\_\_\_\_

Datum *)	Unterschrift *)
----------	-----------------

**Hinweise:**  Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Gesundheit empfohlen.

Informationen zu Impfungen: BM für Gesundheit, [www.bmg.gv.at](http://www.bmg.gv.at), unter Prävention > Impfen, Österreichischer Impfplan

Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte den Impfarzt/die Impfärztin.

**Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**

Bitte bringen Sie **Ihre Impfdokumente (Impfpass)** zur Impfung mit!

**Ärztliche Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_

Datum	Stempel und Unterschrift des/r Arztes/Ärztin
-------	--

**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 Impfregerster gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 verarbeitet.

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. Kontakt zum Datenschutzbeauftragten: Tel: 0732 7070, E-Mail:

[datenschutz@mag.linz.at](mailto:datenschutz@mag.linz.at)