

IMPFFRAGEBOGEN

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Vers.Nr.:

BVAEB

KFA

ÖGK

Andere KK

Arbeitsstätte:

Hatten Sie auf frühere Impfungen Beschwerden oder Nebenwirkungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten 2 Wochen eine Impfung erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verspüren Sie derzeit ein Krankheitsgefühl oder Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie in den letzten 2 Wochen krank?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine Allergie (z.B. gegen Hühnereiweiß, Thiomersal, Formaldehyd, Antibiotika)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt bei Ihnen ein chronisches Leiden vor (z.B. Multiple Sklerose, Iridozyclitis etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt bei Ihnen eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche vor (z.B. Chemotherapie / Cortison / Bestrahlung / HIV / AIDS / Autoimmunerkrankung etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie derzeit oder dauernd Blutverdünnungsmittel, Antibiotika oder Medikamente, die Cortison enthalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie je epileptische Krampfanfälle oder Erkrankungen des Gehirnes, der Hirnhäute, des Rückenmarkes oder des Nervensystems?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie eine infektiöse Gelbsucht (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft / Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich habe das umseitige Informationsblatt gelesen, mit dem/der Arzt/Ärztin besprochen und die einzelnen Punkte verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Verabreichung der Impfung einverstanden bin.

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

Mit der Übermittlung folgender Daten (Name, Vorname, Soz.Vers.Nr., Pers.Nr., Tätigkeit, erfolgte Teilimpfung mit Datum) an die Dienststelle bzw. Versicherungsträger zum Zweck der Rückverrechnung bin ich einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

Von Arzt/Ärztin auszufüllen

Art der Impfung	1. Teilimpfung	2. Teilimpfung	3. Teilimpfung	Auffrischung
Diphtherie/Tetanus f. Erw. (dT-Reduct)				
Diphtherie/Tetanus/Polio (Revaxis)				
Hepatitis A 1440 (Havrix 1440 EI.U/ml)				
Hepatitis B (Engerix B 20 mcg/1,0 ml)				
Hepatitis A+B (Twinrix f. Erw.)				
FSME (FSME Immun 0,5 ml; Encepur)				
Grippe (jährlich)				
Sonstiges				

Informationsblatt über mögliche Nebenwirkungen nach erfolgter Schutzimpfung:

Die Erzeugerfirmen weisen auf das mögliche Auftreten folgender Nebenwirkungen und unerwünschter Reaktionen nach Verabreichung des Impfstoffes hin:

- Die Impfstoffe besitzen aufgrund ihrer Herstellungsverfahren eine sehr gute Verträglichkeit.
- Vorübergehende Schmerzen, Rötung und Schwellung an der Impfstelle.
- Unerwünschte systemische Nebenwirkungen: grippeähnliche Symptome wie Fieber, Kopfschmerz, Muskel- und Gelenkschmerz, gelegentlich Übelkeit und Erbrechen. Diese Ereignisse waren vorübergehender Natur und wurden nur selten berichtet und von den Betroffenen als leicht empfunden. Diese Symptome werden in der Regel 12-18 Stunden nach der Impfung beobachtet und halten meist nur Stunden bis allenfalls wenige Tage an.
- Sehr selten angegeben: Allergische Reaktionen unter dem Bilde einer Serumkrankheit, Vasculitis, Synkopen, Hypotonie, Lymphadenopathie, Fälle peripherer und/oder zentraler neurologischer Erkrankungen. Auch das Auftreten von juckenden Hautausschlägen, Schwellung der Schleimhaut, Gefühl der Atemnot, Blutdruckabfall ist in Einzelfällen möglich.
- Hepatitis-Impfung: Sehr selten werden Parästhesien, Übelkeit, Erbrechen, Appetitmangel, Durchfall, Bauchschmerzen, Leberfunktionsstörungen, Hautausschlag, Pruritus, Urticaria beobachtet.
- Nach der Zecken- bzw. Diphtherie/Tetanus-Schutzimpfung sind allgemeine Reaktionen wie Kopfschmerzen, Kreislaufreaktionen, Schweißausbrüche, Schüttelfrost und Abgeschlagenheit möglich. Extrem selten wurde über Affektionen des ZNS oder des peripheren Nervensystems berichtet.

Wenn Nebenwirkungen unmittelbar nach der Impfung, nach Stunden oder wenigen Tagen auftreten, sind diese dem Arzt mitzuteilen.

Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie, ...) **verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite des/der Arztes/Ärztin.**