

Persönliche Daten der zu impfenden Person – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Familienname*

Vorname*

Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)*

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

Geschlecht* weiblich männlich divers

inter offen kein Eintrag

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die zu impfende Person

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 oder dem Arzt vor der Impfung mit. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (z.B. Impfpass, Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

Zutreffendes auswählen

1. Hatte die zu impfende Person bereits eine bekannte **SARS-CoV-2-Infektion**?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

2. Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung oder Infektion**

Ja Nein

(z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?

Wenn ja, woran?

3. Hatte die zu impfende Person schon einmal einen **allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps**?

Ja Nein

Wenn ja, worauf?

4. Erfolgte bei der zu impfenden Person in den **letzten 4 Wochen eine andere Impfung**, oder wird derzeit eine **allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung** bei der zu impfenden Person durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

5. Hat die zu impfende Person bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, wann war die letzte COVID-19-Impfung?

6. Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit **nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtem Fieber)?

Ja Nein

Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?

7. Besteht bei der zu impfenden Person eine **Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes** (siehe Gebrauchsinformation)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

8. Hat die zu impfende Person in den **letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, was und wann?

9. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **blutverdünnende Medikamente**?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

10. Liegen bei der zu impfenden Person **schwere oder chronische Erkrankungen** (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

11. Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine **Chemo- und/oder Strahlentherapie** durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person **immunschwächende Medikamente** ein (z. B. Cortison)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

12. Wurde vor kurzem bei der zu impfenden Person ein **operativer Eingriff** durchgeführt oder ist ein solcher bei der zu impfenden Person geplant?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

13. Besteht eine **Schwangerschaft** bei der zu impfenden Person?

Ja Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Nach der Impfung mit mRNA-Impfstoffen gegen COVID-19 können Impfreaktionen auftreten, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. Sehr häufig ($\geq 1/10$) kommen an der Impfstelle Schmerzen oder Schwellung, sowie Ermüdung, Kopf-, Muskel-, Gelenkschmerzen, Durchfall, Schüttelfrost oder Fieber vor. Häufig ($\geq 1/100$) kommen an der Impfstelle Rötung, sowie Übelkeit, Erbrechen oder vergrößerte Lymphknoten vor. Sehr selten ($< 1/10.000$) wurde Myokarditis, Perikarditis beschrieben. Schwere allergische Reaktionen können auftreten.

Nach der Impfung wird drei Tage körperliche Schonung empfohlen, sowie Sportkarenz für eine Woche.

Für weitere Details wird auf die Gebrauchsinformation verwiesen, diese ist abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Gebrauchsinformationen-Impfstoffe>

Auf Anfrage kann Ihnen die Gebrauchsinformation in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

Die Impfeempfehlungen zur COVID-19-Impfung in der jeweils aktuellen Version sind online verfügbar unter <https://www.sozialministerium.at/impfplan>

Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor der Unterfertigung dieses Bogens an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt für ein persönliches Gespräch.

Sollte keine Möglichkeit eines persönlichen Gespräches mit der Impfärztin oder dem Impfarzt bestehen (z.B. bei **Schulimpfungen**), ersuchen wir Sie, sich dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte, Erwachsenenvertretung oder Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) dürfen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Impfung einverstanden bin und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfregeister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Datum (TT.MM.JJJJ) Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> oder kontaktieren Sie +43 (0) 50 555 36600.



Achtung: Bitte freilassen – Nur von der impfenden Stelle auszufüllen

Impfende Stelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Verabreichter Impfstoff*

- Vorbereitung durch Dritte
 Oberarm links
 Oberarm rechts

Chargennummer (LOT oder Ch.B)*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)*

Name der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes*

Name der impfenden Person (falls abweichend)

Die zu impfende Person ist nicht eindeutig identifizierbar.

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes