

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON IMPFUNGEN



REISEZIEL: _____

FRAGEN ZUR GESUNDHEITSSITUATION

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname:	Vorname:
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsdatum:
männlich: ☐	weiblich: ☐
vollständige Wohnadresse:	
E-Mail:	Telefonnummer:
Name der oder des Erziehungsberechtigten:	

1. Besteht derzeit eine akute Erkrankung/Fieber? ☐ ja ☐ nein
2. Besteht eine erworbene oder angeborene Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, HIV-AIDS, Hepatitis C, Niereninsuffizienz (Dialyse), Autoimmunerkrankung)? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
3. Besteht eine Blutungsneigung (Neigung zu Blutergüssen?) bzw. Blutgerinnungsstörung oder verminderte Anzahl von Blutplättchen? (z.B. nach einer MMR-Impfung) ☐ ja ☐ nein
4. Besteht/bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns (z.B. Epilepsie) und des Rückenmarks/Nervenentzündungen, Muskelschwäche, der Leber, der Nieren oder eine Autoimmunerkrankung? (z.B. Lähmung, Nervenentzündung, Multiple Sklerose, Thymuserkrankung, Rheumatoide Arthritis, Tuberkulose) ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
5. Wurde in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? _____ ☐ ja ☐ nein
6. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
7. Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung/Infektion oder Operation? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja welche? _____
8. Ist eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auf Bestandteile der Impfung, gegen **Latex, Hefe, Kautschuk**, Eculizumab, Formaldehyd, Protaminsulfat, Chlortetracyclin, Amphotericin B, Polygelin, Kanamycin, Neomycin (-sulfat), Gentamycin, Sorbitol, Octoxynol-9, Streptomycin, Polymyxin B, Glycin, Glutaraldehyd, **Eier oder Hühnereiweiß**, Casein) bekannt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
9. Ist eine schwerwiegende Reaktion (z.B. Gehirnfunktionsstörung) Ohnmacht / allergische Reaktion / Fieberkrampf / GBS (aufsteigende Lähmungen) auf eine Impfung bekannt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
10. Werden regelmäßig **Medikamente** u.a. Cortison, oder andere abwehrschwächende Medikamente (z.B. nach Transplantation, Krebstherapie) oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche, bis wann? _____
11. Ist ein Tuberkulostest geplant? ☐ ja ☐ nein
12. **Für Frauen:** Planen Sie eine Schwangerschaft, besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ☐ ja ☐ nein
 Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bis 1 Monat nach einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung bzw. Gelbfieber-Impfung nicht schwanger werden soll. ☐ ja

Ich bin mit der Datenverarbeitung einverstanden. (DSGV – Infoblatt ist ausgelegt) ☐ ja ☐ nein

Bitte wenden – nach Aufklärung unterfertigen!

REISEZIEL: _____

Reisebeginn: _____ Dauer: _____

Art: Gehoben/Hotel ☐ ja Abenteuer ☐ ja

Malaria-Prophylaxe erforderlich: ☐ ja ☐ nein

vereinbarte IMPFUNGEN:				
---------------------------	--	--	--	--

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfungen ausreichend aufgeklärt worden und hatte die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen. ☐ ja ☐ nein

Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfungen einverstanden. ☐ ja ☐ nein

Datum: _____ Unterschrift der zu impfenden Person/des Erziehungsberechtigten bei Personen unter 14 Jahren _____

Von der Impfärztin/vom Impfarzt weiters einzutragen:

Impfung gegen: _____ ☐ Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ Auffrischungsimpfung	☐ 1. Teilimpfung Grundimmunisierung (GI)	☐ 2. Teilimpfung GI	☐ 3. Teilimpfung GI	Chargenpickerl
Impfstoff:	Chargen-Nr.			

☐ Es bestanden keine weiteren Fragen

Impfung gegen: _____

☐ Auffrischungsimpfung	☐ 1. Teilimpfung GI	☐ 2. Teilimpfung GI	☐ 3. Teilimpfung GI	Chargenpickerl
Impfstoff:	Chargen-Nr.			

☐ Es bestanden keine weiteren Fragen

Impfung gegen: _____

☐ Auffrischungsimpfung	☐ 1. Teilimpfung GI	☐ 2. Teilimpfung GI	☐ 3. Teilimpfung GI	Chargenpickerl
Impfstoff:	Chargen-Nr.			

☐ Es bestanden keine weiteren Fragen

Impfung gegen: _____

☐ Auffrischungsimpfung	☐ 1. Teilimpfung GI	☐ 2. Teilimpfung GI	☐ 3. Teilimpfung GI	Chargenpickerl
Impfstoff:	Chargen-Nr.			

☐ Es bestanden keine weiteren Fragen

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Aufklärungsblatt über Mückenschutzmaßnahmen ausgehändigt | ☐ Gelbfieber - Weaver ausgehändigt |
| ☐ Rezept ausgehändigt für: ☐ Malarianotfalltherapie | ☐ Malaria Prophylaxe |
| ☐ über andere empfohlene Impfungen aufgeklärt | ☐ Persönlicher Impfplan: |

Weitere Anmerkungen:

Datum

Unterschrift der Impfärztin/des Impfarztes, Stempel