



Gemeinde Baldramsdorf

Ausschuss für Gesundheit, Familie, Soziales und Wohnung
9805 Baldramsdorf, Nr. 53
Tel.: 04762/7114, E-Mail: baldramsdorf@ktn.gde.at

Einladung zur Gripeschutzimpfung

Die Gripeschutzimpfung ist eine Aktion der Gesundheitsämter!

Die Grippe ist eine Virusinfektion, die jede Altersgruppe treffen kann. Die Impfung dient der Vorbeugung und soll wegen der großen Veränderungsfähigkeit des Virus jährlich erneuert werden. Die Impfung ist jedem, der sich schützen will, zu empfehlen. Infos und eine Impfbroschüre finden Sie im web: www.ktn.gv.at/impfen

**Wir bitten Sie, die auf der Rückseite vorhandene
Einverständniserklärung auszufüllen und zur Impfung mitzubringen!**

Ort: **Dorfgemeinschaftshaus Baldramsdorf – Vereinsraum**
Termin: **Montag, 22. Oktober 2018**
Uhrzeit: **um 08.30 Uhr (bitte um pünktliches Erscheinen)**
Kosten: **€ 14,00** (Impfstoff + Impfung)

Mit freundlichen Grüßen!

Der Obmann:

Erich Hassler eh.

Der Bürgermeister:

Heinz Gerber eh.



Einwilligung zur Gripeschutzimpfung

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>														
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						
Sozialversichert bei:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>							<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>								
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:																
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)																

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? ja nein
2. Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt, – speziell gegen Hühnereiweiß, Neomycin, Formaldehyd oder Octoxynol-9? (in Spuren enthalten in Vaxigrip ®)? Wenn ja, welche? ja nein
3. Besteht bei der zu impfenden Person eine **chronische Erkrankung** z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle?
Wenn ja, welche? ja nein
4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: ja nein
5. Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder **Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? ja nein
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine **andere Impfung** erhalten?
Wenn ja, welche? ja nein
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten **Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten? ja nein
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**? ja nein
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen? ja nein
10. Ist die zu impfende Person **schwanger**? (In diesem Fall ist die Impfung besonders empfohlen!) ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Gripeschutzimpfung sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung sowie der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.

Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Wenn Sie mit der Impfung **NICHT** einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte **NICHT**.

Verwendeter Impfstoff: Vaxigrip tetra

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

Ärztliche Anmerkungen: