

IMPF - Einwilligungserklärung

für die Impfung mit **Fluenz® Nasenspray 0,5 ml**
ab dem 24. Lebensmonat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gegen „Grippe“2024/2025
(Fragen/Antworten beziehen sich immer auf den Impfling)

Bitte in **Blockschrift** ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!

Familienname.....Vorname.....geb. am.....

Sozialvers.Nr.:.....wohnhft :.....

1. **Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Fieber oder war eine ärztliche Untersuchung, Behandlung oder Operation notwendig :**
JA NEIN
Wegen:.....
2. **Es werden/wurden folgende Medikamente, Spritzen, Impfungen oder sonstige Therapien verabreicht:**
JA NEIN
welche?:.....
3. - **Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit?** Hühnereiweiß, Saccharose, Mononatriumglutamat-Monohydrat, kaliummonohydrogenphosphat, Kaliumdihydrogenphosphat, Gelatine, Gentamycin ,Argininhydrochlorid,
JA NEIN
- worauf?.....
4. **Gab es Reaktionen auf frühere Impfungen?** (z.B. Fieber $\geq 38,5^\circ$, Blutungsneigung, allergische oder Überempfindlichkeitsreaktionen mit: Hautausschlag, Schwellung von Gesicht, Zunge oder Kehle, Atemnot, Blutdruckabfall oder Kollaps; neurologische Störungen wie: Nervenentzündungen, Lähmungen, Erkrankung des Gehirns, Krampfanfälle; oder andere.....)
JA NEIN
welche?.....
5. **Es liegen sonstige gesundheitliche Einschränkungen, Vorerkrankungen. z. B. Asthma bronchiale oder Auffälligkeiten vor, läuft eine Therapie mit Salicylaten:**
JA NEIN
welche?.....
6. **Besteht eine Schwangerschaft:**
JA NEIN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt über die Impfung und das Einverständnisformular sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit, mich über die geplante Impfung zu informieren und mich aufklären zu lassen.

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.

Meine Angaben sind richtig, ich habe nichts verschwiegen. Ich bin mit der Impfung einverstanden.

Ich bin mit der Datenübermittlung zum Zweck der Verrechnung und Dokumentation mit einem EDV-Programm einverstanden. Allgemeine Informationen der mir zustehenden Rechte nach DSGVO unter <https://datenschutz.stmk.gv.at>

....., am

.....
Unterschrift des/der Kunden/Kundin
bzw. des/der Erziehungsberechtigten bzw.
des/der mündigen Minderjährigen (ab dem vollendeten 14. Lebensjahr)

Anmerkung des Impfarztes/ der Impfärztin:

—

.....
Datum

.....
Unterschrift Impfarzt/Impfärztin