

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR SCHUTZIMPfung & DATENVERARBEITUNG

Name der Schutzimpfung: Fluzone® High-Dose Quadrivalent für Personen ab 65 Jahren

Diese Einverständniserklärung liegt in der Einrichtung auf und kann dem Land Steiermark zu Einsichtnahme vorgelegt werden.

Bitte die Daten der zu impfenden Person in Blockbuchstaben ausfüllen: Vielen Dank!

Familiename der zu impfenden Person

Vorname der zu impfenden Person

Adresse, Postleitzahl, Ort

Sozialversicherungsnummer
impfenden Person

Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr der zu
impfenden Person

Ja, ich stimme zur Influenza-Gratisimpfung zu und bin mit Abwicklung über die Steirische Impfdatenbank und den auf der Rückseite angeführten Bedingungen ausdrücklich einverstanden.

Datum & Unterschrift der zu impfenden Person bzw. deren gesetzlichen Vertretung/Verwandten

Anmerkungen des impfenden Arztes und Bestätigung:

Als impfende/r Ärztin/Arzt der oben genannten Person habe ich die Impftauglichkeit u.a. auf Basis des auf der Rückseite angeführten Fragenkatalogs festgestellt. Derzeit liegen keine Kontraindikationen vor.

Datum

Stempel und Unterschrift Impfärztin/-Arzt

Weitere Informationen finden Sie in der Impfbroschüre bzw. auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz www.sozialministerium.at unter der Rubrik „Impfen“ und auf der Website der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin www.vorsorgemedizin.st

- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte die Impfärztin oder den Impfarzt
- **Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!**

Kenntnisnahme und Bestätigung

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

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin oder dem Impfarzt zu besprechen. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden. Meine Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden. Ich nehme zur Kenntnis und gestatte, dass die für die Abwicklung und Verrechnung der Gratis-Impfaktion nötigen Personen- und Impfdaten in der Impfdatenbank des Landes Steiermark bei der Wiss. Akademie für Vorsorgemedizin verarbeitet und gespeichert werden. Impfstoff und auch die Impfungen durch den Arzt sind damit gratis. Sollte ich mit der elektronischen Verarbeitung nicht einverstanden sein, kann ich nicht an der Gratisimpfaktion teilnehmen. Ein Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung (Übermittlungen) bis zu deren Eintreffen nicht. Meine Daten in der Impfdatenbank werden ausschließlich für die Gratisimpfaktion verwendet. Ich gestatte, dass die im steirischen Impfnetzwerk berechtigten ÄrztInnen und Krankenanstalten online einsehen können bzw. telefonisch Auskunft erhalten, welche Impfungen für mich in der Impfdatenbank dokumentiert sind. Ich nehme zur Kenntnis und gestatte, dass ich schriftlich und kostenlos über Gesundheitsvorsorge informiert werde. Ich kann mich jederzeit schriftlich abmelden, der Zugang zur Gratisimpfaktion ist davon nicht betroffen.

Auf schriftliche Anfrage erhalte ich Auskunft darüber, welche Daten von mir in der steirischen Impfdatenbank gespeichert sind. Ich kann mich jederzeit schriftlich von der Gratisimpfaktion und der Impfdatenbank abmelden. Umfassende Informationen zum Datenschutz in der Impfdatenbank des Landes Steiermark kann ich unter www.vorsorgemedizin.st nachlesen. Ich gestatte, dass mein Arzt sowie die Krankenanstalt mich vom Informationsservice abmeldet, wenn persönliche oder medizinische Gründe vorliegen, und allfällig geänderte Daten an die Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin übermittelt.

Fragenkatalog zur Impftauglichkeit (Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Nov. 2020)

1. Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?
2. Leidet die zu impfende Person an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente und jegliche Komponente des Impfstoffes)?
3. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)?
4. Leidet die zu impfende Person an einer schweren oder chronischen Erkrankung? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle)
5. Hatte die zu impfende Person – ihrem Wissen nach – bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder sind Nebenwirkungen aufgetreten (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)?
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie?
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen?