

**Persönliche Daten der zu impfenden Person**

Familienname\*

Vorname\*

Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)\*

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)\*

Geschlecht:\*  weiblich  männlich  divers

inter  offen  kein Eintrag

Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)\*

Telefonnummer\*

E-Mail-Adresse

Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung

**Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen**

Zutreffendes auswählen

1. Traten bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen auf?  Ja  Nein

2. Besteht derzeit oder Bestand in den letzten 2 Wochen Fieber? Besteht derzeit eine andere Infektion bzw. Symptome wie Husten, Schnupfen, Halsweh?  Ja  Nein

3. Besteht eine Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Medikamente)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

4. Falls derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe durchgeführt wird: Wann war die letzte Verabreichung? Wann ist die nächste Verabreichung?  Ja  Nein

5. Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

6. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt?  Ja  Nein

7. Liegen schwere chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankungen, Blutgerinnungsstörungen) vor?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

8. Wurde vor kurzem eine Behandlung (z.B. Operation) durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

9. Liegt eine chronische entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks vor?  Ja  Nein

Traten schon einmal epileptische Anfälle auf?

10. Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Antibiotikum, Blutverdünnung, Cortison) eingenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

11. Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

12. Erfolgte in den letzten 6 Monaten eine Verabreichung von Blut, Blutprodukten, Immunglobulinen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

13. Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information(en) und Gebrauchsinformation(en) zu dem (den) markierten Impfstoff(en) erhalten habe. Ich wurde über die Zusammensetzung des jeweiligen Impfstoffs, sowie bekannte Gegenanzeigen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung(en) aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Ärztin/dem Arzt zu besprechen, und habe dazu keine weiteren Fragen und stimme der (den) Impfung(en) zu.

Desweiteren bestätige ich hiermit, dass ich der Weiterleitung meiner obigen Patientendaten zum Zwecke der Kostenübernahme der Stadt Wien - Gesundheitsdienst zustimme.

## ACHTUNG:

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

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

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



**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 / des Arztes.

Nebenwirkungsmeldungen können von geimpften Personen / deren Angehörigen durchgeführt werden, Ihre betreuende Ärztin / Ihr betreuender Arzt und Ihre Apothekerin / Ihr Apotheker sind sogar dazu verpflichtet. Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin / Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin / Ihren Apotheker, melden Sie diese direkt online unter <https://www.basg.gv.at> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



## Von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)\*



Raum für ärztliche Anmerkungen

Vereinbarter Impfstoff:\*

- Flud Tetra     Fluarix Tetra  
 Efluelda     Vaxigrip Tetra  
 Fluenz Tetra     Sonstige:

Impfdosis:\*

1. Dosis  
 2. Dosis

Vorbereitung durch Dritte

- Oberarm links  
 Oberarm rechts

Off-Label-Use

Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

Chargennummer (LOT oder Ch.B)\*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)\*

Name der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes\*

Name der impfenden Person (falls abweichend von verantwortlicher Ärztin / verantwortlichem Arzt)

Bürgerin/Bürger  
           nicht eindeutig identifizierbar

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes