20 MINUTEN NACHBEOBACHTUNGSZEIT
VERBLEIBEN SIE BITTE IM WARTEBEREICH DES IMPFTEAMS

IMPF - E i n w i l l i g u n g s e r k l ä r u n g

Name: ……

SV.Nr: …….. Geb. Datum: ……

Straße: ……

PLZ: …… Ort: ……

Tel.Nr. der Erziehungsberechtigen: …… ……

E-Mail der Erziehungsberechtigen: ……..

Schule/Klasse:……

Gewicht:…… Größe:……

Mein Kind bekommt im Zuge der Schulimpfaktion folgende Impfung:
Bitte ankreuzen

- ○ HPV-Impfung, 1. oder 2. Teilimpfung
- ○ Meningokokken ACWY
- ○ oder fehlende Impfungen

War Ihr Kind in den letzten 4 Wochen krank? Ja ☐ Nein ☐
(z.B. Grippe, Fieber, Operation, …)

Welche? ……

Wurden in den letzten 4 Wochen (Allergie-) Impfungen durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐

Welche? ……

Hat Ihr Kind schwere oder chronische Vorerkrankungen? Ja ☐ Nein ☐

Welche? ……

Leidet Ihr Kind an einer Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung? Ja ☐ Nein ☐

Welche? ……

Nimmt Ihr Kind derzeit oder ständig Medikamente? Ja ☐ Nein ☐

Welche? ……

Blutverdünnende Medikamente: ……

Immunsupprimierende Medikamente: …….

Bekommt Ihr Kind derzeit eine Chemo- oder Strahlentherapie? Ja ☐ Nein ☐

Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Immunglobuline erhalten? Ja ☐ Nein ☐

Leidet Ihr Kind an Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja ☐ Nein ☐
(z.B. Hühnereiweiß, Formaldehyd, Antibiotika, PEG/Polysorbate, Latex, Gelatine, …)

……

Traten nach bisher erhaltenen Impfungen Beschwerden auf? Ja ☐ Nein ☐
(z.B. allerg. Schock, Hautausschlag, Atemnot, Schwellung von Gesicht/Hals/Zunge, …)

……

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 die 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 Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 (DSGVO).
Information der betroffenen Person gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und gemäß § 43 Datenschutzgesetz (DSG).
Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse und Telefonnummer in die Grazer Impfdatenbank aufgenommen wird und ich mögliche Informationen über Impfungen erhalten kann.

…… ……

Datum

Unterschrift Kund:in
Erziehungsberechtigte:r
bzw. mündig Minderjährige:r (ab 14. LJ)