

www.impfservice.wien

Telefon: 1450

BARCODE

Familienname (in BLOCKSCHRIFT)

Vorname (in BLOCKSCHRIFT)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

w m d

SVNR (nur bei Bedarf)

Adresse (PLZ, Ort, Straße/Hausnummer)

Bitte beantworten Sie die untenstehende Fragen (Zutreffendes ankreuzen)		ja	nein
1	Traten bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen auf?		
2	Besteht derzeit oder bestand in den letzten 2 Wochen Fieber? Bestehen derzeit andere Symptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?		
3	Besteht eine Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, welche? Falls derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe durchgeführt wird: Wann war die letzte Verabreichung? Wann ist die nächste Verabreichung geplant?		
4	Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung? Wenn ja, welche?		
5	Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Antibiotika, Blutverdünnung, Cortison) eingenommen? Wenn ja, welche?		
6	Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt?		
7	Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankungen, Blutgerinnungsstörung) vor? - Wenn ja, welche?		
8	Wurde vor kurzem eine eingreifende Behandlung (z.B. Operation) durchgeführt?		
9	Liegt eine chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks vor? Traten schon einmal epileptische Anfälle auf?		
10	Besteht eine Schwangerschaft?		
11	Erfolgte in den letzten 6 Monaten eine Verabreichung von Blut, Blutprodukten oder Immunglobulinen? Wenn ja, wann?		
12	Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung? Wenn ja, welche und wann?		
13	Kam es in den letzten 4 Wochen zu einem Zeckenstich?		

Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin/des Arztes.

Raum für ärztliche Anmerkungen

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

KOSTENPFLICHTIGE LEISTUNGEN/IMPFUNGEN	Einzelpreis
<input checked="" type="checkbox"/> Impfonorar, einmalig pro Person und Impftermin	€ 10,44
Applikationsgebühr für mitgebrachte Impfstoffe	€ 10,44
Ausstellung eines Impfpass-Duplikats	€ 1,81
Diphtherie-Tetanus (Td pur)	€ 14,34
Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten (Boostrix)	€ 32,04
Diphtherie-Tetanus-Polio (Revaxis)	€ 28,47
Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Polio (Repevax)	€ 37,73
<input checked="" type="checkbox"/> FSME (FSME Immun / Encepur) mit Zuschuss	€ 21,83
<input checked="" type="checkbox"/> FSME (FSME Immun / Encepur ohne Zuschuss)	€ 25,83
Grippe-Schutzimpfung, Influenza (Vaxigrip-Tetra)	€ 16,79
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis A (Havrix 1440) - ab 15 Jahre	€ 48,87
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis A (Havrix Junior 720 EI.U) - Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	€ 38,91
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis A und B für Erwachsene (Twinrix) - ab 16 Jahren	€ 71,29
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis A und B für Kinder (Twinrix) - bis zum vollendeten 16. Lebensjahr	€ 48,03
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis B (Engerix B 20) - ab 15 Jahre	€ 44,85
Humane Papillomaviren (Gardasil 9) - 12 bis 14-jährige Kinder	€ 63,50
Kinderlähmung (Polio Salk Merieux) - bis zum vollendeten 21. Lebensjahr kostenlos	€ 24,43
<input checked="" type="checkbox"/> Meningokokken ACWY (Menveo oder Nimenrix)	€ 44,49
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumokokken (Polysaccharid, nicht konjugiert), (Pneumovax 23)	€ 35,45
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumokokken (Polysaccharid, konjugiert), (Prevenar 13)	€ 88,24

Einmaliges Impfonorar pro Person und Impftermin von 10,44 Euro: Bei mehreren Impfonorar pflichtigen Impfungen am selben Tag wird das Impfonorar in der Höhe von Euro 10,44 nur einmal verrechnet.

Einmaliges Impfonorar pro Person und Impftermin von 10,44 Euro wird nur für Personen nach dem 15. Geburtstag verrechnet: Bei mehreren Impfonorarpflichtigen Impfungen am selben Tag wird das Impfonorar in der Höhe von Euro 10,44 nur einmal verrechnet.

KOSTENLOSE LEISTUNGEN/IMPFUNGEN	
Diphtherie-Tetanus (dT-reduct „Mérieux“) - bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	€ 0,00
Diphtherie-Tetanus-Kinderlähmung-Keuchhusten (Boostrix Polio) - bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	€ 0,00
Diphtherie-Tetanus-Kinderlähmung-Keuchhusten-HiB-HepatitisB (Hexyon) - bis zum vollendeten 36. Lbm.	€ 0,00
Hepatitis B (HBVaxPro) - bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	€ 0,00
Humane Papillomaviren (Gardasil 9) - vollendetes 9. bis vollendetes 12. Lebensjahr	€ 0,00
Kinderlähmung (Polio-Salk „Mérieux“) - bis unter 21 Jahren	€ 0,00
Masern-Mumps-Röteln (MMRvaxPro) - ab dem vollendeten 10. Lebensmonat	€ 0,00
Meningokokken ACWY (Nimenrix) - vollendetes 10. bis vollendetes 13. Lebensjahr	€ 0,00
Pneumokokken (Synflorix/Prevenar 13) - bis zum vollendeten 2. Lebensjahr, Risikokinder bis zum vollendeten 5. LJ	€ 0,00

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. Ich bestätige weiters, dass ich von der Impfärztin bzw. dem Impfarzt ausführlich über die möglichen Gefahren einer Lebendimpfung gegen Masern-Mumps-Röteln (M-M-RvaxPro®) während einer Schwangerschaft aufgeklärt wurde. Ich wurde auch informiert, dass bis 1 Monat nach der Impfung eine Schwangerschaft verhütet werden soll (wenn nicht zutreffend streichen).

Ich stimme der Weitergabe der Daten an die Krankenkasse bei Inanspruchnahme des Kostenzuschusses bei einer FSME-Impfung zu.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten gemäß der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DSGVO, DSG, TKG) für die Impfterminbuchung inklusive Terminbestätigung/-erinnerung sowie interner statistischer (anonymisierter) Auswertungen im Buchungssystem des Impfservice Wien verwendet werden. Nähere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://impfservice.wien/datenschutzerklaerung>.

Name und Geburtsdatum
der/des Erziehungsberechtigten

Datum und Unterschrift der zu impfenden Person oder
der/des Erziehungsberechtigten **nach erfolgter ärztlicher Beratung**