

Persönliche Daten der zu impfenden Person – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Familienname*	Vorname*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)*	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht* <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers	<input type="radio"/> inter <input type="radio"/> offen <input type="radio"/> kein Eintrag
Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die zu impfende Person

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin oder dem Arzt vor der Impfung mit. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

Zutreffendes auswählen

- Hatten Sie bereits eine **SARS-CoV-2-Infektion** (PCR-bestätigt), **COVID-19** (PCR-bestätigt) oder **Antikörper gegen das Coronavirus** (nur Neutralisationstest oder Korrelat zu Neutralisationstest)? Ja Nein
Wenn ja, wann?
- Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung oder Infektion** (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Ja Nein
Wenn ja, woran?
- Hatten Sie schon einmal einen **allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps**? Ja Nein
Wenn ja, worauf?
- Erfolgte in den **letzten 4 Wochen eine andere Impfung**, oder wird derzeit eine **allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung** durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, welche und wann?
- Haben Sie bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten? Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Ja Nein
1. Dosis 2. Dosis
3. Dosis Weitere Dosis
- Bestanden in der Vergangenheit **nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? Ja Nein
Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?
- Besteht eine **Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes** (siehe Gebrauchsinformation)? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Nehmen Sie regelmäßig **blutverdünnende Medikamente**? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Liegen **schwere** oder **chronische Erkrankungen** (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Wird derzeit eine **Chemo- und/oder Strahlentherapie** durchgeführt oder nehmen Sie **immunschwächende Medikamente** ein (z. B. Cortison)? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Ist ein **operativer Eingriff** geplant? Ja Nein
Wenn ja, wann?
- Besteht eine **Schwangerschaft** bzw. **stillt** die zu impfende Person? Ja Nein
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche bzw. stilldauer:

Einverständniserklärung – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Version 13.0, Stand: 23.09.2022

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf COVID-19 mRNA-Impfstoffe auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen oder Schwellung bzw. häufig Rötung sowie Hautausschlag oder Nesselsucht auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu (sehr starker) Müdigkeit, Kopf-, Muskel-, Gelenksschmerzen, Gelenksteife, Schwellung in der Achselhöhle, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schüttelfrost sowie Fieber bzw. häufig zu Hautausschlag kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 bzw. häufig bedeutet, dass bis zu 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Schwere allergische Reaktionen können auftreten. Myokarditis und Perikarditis wurden sehr selten berichtet. Nach der Impfung wird drei Tage körperliche Schonung empfohlen, sowie Sportkarenz für eine Woche.

Für weitere Details wird auf die elektronisch zur Verfügung gestellte Gebrauchsinformation verwiesen. Auf Anfrage kann Ihnen die Gebrauchsinformation in Papierform zu Verfügung gestellt werden. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Um zu Gebrauchsinformationen der zugelassenen COVID-19 Impfstoffe zu gelangen, bitte QR Code scannen (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>). Die nationalen Empfehlungen zur COVID-19-Impfung in der jeweils aktuellen Version sind online verfügbar unter <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Fachinformationen.html>.

Die Anwendung von COVID-19-Impfstoffen außerhalb der Zulassung wird teils seitens des Nationalen Impfgremiums empfohlen, um den zu impfenden Personen die bestmögliche evidenzbasierte Behandlung zukommen zu lassen. Eine off-label-Anwendung bedarf erhöhter Sorgfalts- und besonderer Aufklärungspflichten.

Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor der Unterfertigung dieses Bogens an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Sollte vor Ort keine Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin oder dem Impfarzt bestehen (z.B. bei **Schulimpfungen**), ersuchen wir Sie, sich dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte, Erwachsenenvertretung oder Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen.

Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) dürfen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Schutzimpfung einverstanden bin und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfbregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).

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 oder des Arztes.

Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.

Achtung: Bitte freilassen – Nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Verabreichter Impfstoff*

1. Impfung

2. Impfung

3. Impfung

weitere Impfung

Vorbereitung durch Dritte

off-label-Anwendung

Oberarm links

Oberarm rechts

Chargennummer (LOT oder Ch.B)*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)*

Name der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes*

Name der impfenden Person (falls abweichend)

Bürger*in ist nicht eindeutig identifizierbar.

Patient*in lehnt vertiefende Aufklärung ab.

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes