

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Besteht derzeit oder bestand in den letzten 2 Wochen Fieber? Bestehen derzeit andere Symptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Antibiotika, Blutverdünnung, Cortison) eingenommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankungen, Blutgerinnungsstörung) vor? - Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wurde vor kurzem eine eingreifende Behandlung (z.B. Operation) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Liegt eine chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks vor? Traten schon einmal epileptische Anfälle auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Erfolgte in den letzten 6 Monaten eine Verabreichung von Blut, Blutprodukten oder Immunglobulinen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung? Wenn ja, welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kam es in den letzten 4 Wochen zu einem Zeckenstich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
[X] Impfonorar, einmalig pro Person und Impftermin	€ 10,65
Applikationsgebühr für mitgebrachte Impfstoffe	€ 10,65
Ausstellung eines Impfpass-Duplikats	€ 1,81
Diphtherie-Tetanus (Td pur)	€ 14,63
Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten (Boostrix)	€ 32,68
Diphtherie-Tetanus-Polio (Revaxis)	€ 29,04
Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Polio (Repevax)	€ 38,48
[XX] FSME (FSME Immun / Encepur) mit Zuschuss	€ 22,35
[XX] FSME (FSME Immun / Encepur ohne Zuschuss)	€ 26,35
Grippe-Schutzimpfung, Influenza. Dieser Impfstoff ist kostenfrei.	
[X] Hepatitis A (Havrix 1440) - ab 16 Jahre	€ 49,85
[X] Hepatitis A (Havrix Junior 720 El.U) - Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	€ 39,69
[X] Hepatitis A und B für Erwachsene (Twinrix) - ab 16 Jahren	€ 72,72
[X] Hepatitis A und B für Kinder (Twinrix) - bis zum vollendeten 16. Lebensjahr	€ 48,99
[X] Hepatitis B (Engerix B 20) - ab 16 Jahre	€ 45,75
Humane Papillomaviren (Gardasil 9) - 12 bis 17-jährige Kinder	€ 66,20
Kinderlähmung (Polio Salk Merieux) - bis zum vollendeten 21. Lebensjahr kostenlos	€ 24,92
[X] Meningokokken ACWY (Menveo oder Nimenrix)	€ 45,38
[X] Pneumokokken (Polysaccharid, nicht konjugiert), (Pneumovax 23)	€ 36,16
[X] Pneumokokken (Polysaccharid, konjugiert), (Prevenar 13)	€ 90,00

[X] Einmaliges Impfonorar pro Person und Impftermin von 10,65 Euro: Bei mehreren Impfonorar pflichtigen Impfungen am selben Tag wird das Impfonorar in der Höhe von Euro 10,65 nur einmal verrechnet.

[XX] Einmaliges Impfonorar pro Person und Impftermin von 10,65 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 10,65 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**