

BARCODE

Sozialversicherungsträger

☐

ÖGK

☐

BVAEB

☐

KFA

☐

SVS

Sonstige

Familienname (in BLOCKSCHRIFT)

Vorname (in BLOCKSCHRIFT)

Sozialversicherungsnummer

Adresse (PLZ, Ort, Straße/Hausnummer)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

w

m

d

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen (Zutreffendes ankreuzen)

ja

nein

1	Traten nach früheren Impfungen starke Beschwerden oder unerwartete Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche?		
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. auf Medikamente) oder hatten Sie schon einmal einen allergischen Schock? Wenn ja, welche?		
4	Falls derzeit eine Immuntherapie gegen allergieauslösende Stoffe/Hyposensibilisierung durchgeführt wird: Wann war die letzte Verabreichung? Wann ist die nächste Verabreichung geplant?		
5	Besteht eine angeborene/erworbene Immunschwäche oder Immunerkrankung? Wenn ja, welche?		
6	Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Antibiotika, Blutverdünnung, Cortison) eingenommen? Wenn ja, welche?		
7	Erfolgt aktuell eine Chemo- oder Strahlentherapie bzw. ist deren Beginn geplant?		
8	Bestehen chronische Erkrankungen (z. B. Herz-/Lungen-/Nierenerkrankung/ Diabetes) wegen derer Sie in ärztlicher Behandlung stehen? Wenn ja, welche?		
9	Bestehen andere schwere Erkrankungen oder Gesundheitsprobleme? Wenn ja, welche?		
10	Wurde vor kurzem eine Operation oder ein größerer medizinischer Eingriff durchgeführt?		
11	Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche?		
12	Wurde in den letzten 6 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline verabreicht?		
13	Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung? Wenn ja, welche und wann?		

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*des Ärzt*in**.

Raum für ärztliche Anmerkungen:

Datum, Unterschrift Ärzt*in

KOSTENPFLICHTIGE LEISTUNGEN/IMPFUNGEN	EINZELPREIS
Applikationsgebühr für mitgebrachte Impfstoffe	€ 13,34
☒ Impfhonorar, einmalig pro Person und Impftermin	€ 13,34
Impfpassduplikat mit Gelbfieber-Eintragung	€ 5,08
Diphtherie-Tetanus (Td pur®)	€ 18,56
Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten (Boostrix®)	€ 41,67
Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Polio (Repevax®)	€ 49,14
☒ FSME (FSME Immun®) mit Zuschuss, Erwachsene und Kinder	€ 29,25
☒ FSME (FSME Immun®) ohne Zuschuss, Erwachsene und Kinder	€ 33,69
☒ Hepatitis A (Havrix® 1440) - ab dem 15. Geburtstag	€ 63,83
☒ Hepatitis A (Havrix® Junior 720) - bis zum 15. Geburtstag	€ 50,71
☒ Hepatitis A und B für Erwachsene (Twinrix®) - ab dem 16. Geburtstag	€ 93,39
☒ Hepatitis B (Engerix B® 20) - ab dem 16. Geburtstag	€ 58,54
☒ Herpes Zoster (Shingrix®)	€ 296,12
☒ Humane Papilloma Viren - HPV (Gardasil 9®) - ab dem 21. Geburtstag	€ 238,03
Kinderlähmung (Polio Salk Merieux®) - bis zum 21. Geburtstag kostenlos	€ 31,84
☒ Meningokokken ACWY (Nimenrix®)	€ 58,06
☒ Pneumokokken (Polysaccharid, nicht konjugiert PPV23, Pneumovax 23®)	€ 46,36
☒ RSV (Respiratorisches Synzytial-Virus (Abrysvo®)	€ 223,79
☒ Varizellen (Varilrix®)	€ 73,29

- ☒ Einmaliges Impfhonorar pro Person und Impftermin von € 13,34: Bei mehreren impfhonorarpflichtigen Impfungen am selben Tag wird das Impfhonorar in der Höhe von € 13,34 nur einmal verrechnet.
- ☒ Einmaliges Impfhonorar pro Person und Impftermin von € 13,34 wird nur für Personen nach dem 15. Geburtstag verrechnet: Bei mehreren impfhonorarpflichtigen Impfungen am selben Tag wird das Impfhonorar in der Höhe von € 13,34 nur einmal verrechnet.

KOSTENLOSE LEISTUNGEN/IMPFUNGEN	
COVID-Impfungen	€ 0,00
Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Kinderlähmung (Repevax®) - bis zum 15. Geburtstag	€ 0,00
Diphtherie-Tetanus-Kinderlähmung-Keuchhusten-HiB-HepatitisB (Infanrix Hexa®/Hexyon®) - bis zum 5. Geburtstag	€ 0,00
Grippe-Schutzimpfung - Influenza	€ 0,00
Hepatitis B (Engerix-B® 10) - bis zum 15. Geburtstag	€ 0,00
Herpes-Zoster (Shingrix®) - ab dem 60. Geburtstag und bei spezieller Indikation	€ 0,00
Humane Papillomaviren - HPV (Gardasil 9®) - vom 9. bis zum 21. Geburtstag	€ 0,00
Kinderlähmung (Polio-Salk Mérieux®) - bis zum 21. Geburtstag	€ 0,00
Masern-Mumps-Röteln (MMRvaxPro®)	€ 0,00
Meningokokken ACWY (Nimenrix®) - vom 10. bis zum 13. Geburtstag	€ 0,00
Mpox (Jynneos®)	€ 0,00
Pneumokokken (PCN15, Vaxneuvance®) - bis zum 2. Geburtstag, Risikokinder bis 5. Geburtstag	€ 0,00
Pneumokokken (PCV21, Capvaxive®) - ab dem 60. Geburtstag und bei spezieller Indikation	€ 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*dem Ärzt*in zu besprechen, und habe dazu keine weiteren Fragen und stimme der (den) Impfung(en) zu. Ich bestätige weiters, dass ich von der*dem Impfstoff*in 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 verarbeitet werden. Nähere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter impfservice.wien/datenschutzzerklaerung

Name und Geburtsdatum
der*des Erziehungsberechtigten

Unterschrift Diplomierte
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

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