

Information über die Schutzimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Kinderlähmung

Diphtherie ist eine akute, manchmal lebensbedrohliche Erkrankung, die durch Husten oder Niesen übertragen wird und die oberen Atemwege befällt. Sie ist zwar mit Antibiotika behandelbar, jedoch treten oft schwerwiegende Komplikationen der Erkrankung auf. Die Krankheit ist durch die Impfung aus Österreich verschwunden, sie kann bei nachlassender Durchimpfung jederzeit wieder auftreten.

Tetanus (Wundstarrkrampf) wird durch Infektion einer Wunde mit Tetanusbakterien, die in Erde und Staub vorkommen, ausgelöst. Die Erreger bilden in der Wunde ein Gift, das zu schmerzhaften Verkrampfungen der Muskulatur bis hin zum Tod durch Atemlähmung führt. Es reichen kleinste Verletzungen für eine Infektion.

Kinderlähmung (Poliomyelitis): Die allgemeine Empfehlung zur Impfung bleibt aufrecht, da die Krankheit, die zu bleibenden schweren Lähmungen oder sogar zum Tod führen kann, in bestimmten Teilen Afrikas und Asiens nach wie vor endemisch ist. Wildviren können jederzeit eingeschleppt werden. Eine ursächliche Behandlung ist nicht möglich.

Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

Die Impfung wird besonders empfohlen, wenn Fernreisen in Kontinente mit Zirkulation von Polioviren (Afrika, Asien) geplant sind. Sie dient zur Auffrischung, wenn Bedenken gegen die Verwendung eines Impfstoffs mit Keuchhustenkomponente bestehen und wenn Sie bereits gegen Diphtherie und Tetanus geimpft worden sind. Die Impfung kann ab vollendetem 6. Lebensjahr, also auch für Jugendliche und Erwachsene verwendet werden.

Weitere Infos finden Sie im web: www.bmg.gv.at – Impfungen.

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch.

Sie finden umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich und beantwortet weitere Fragen.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem Impfarzt / der Impfärztin oder dem Gesundheitsamt gemeldet werden!

Ihre Daten werden zum Zwecke der Verrechnung und Dokumentation elektronisch verarbeitet und streng vertraulich behandelt.

Kontaktinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstempel)



Einwilligung zur Impfung gegen Di-Tet-Kinderlähmung

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>										
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Sozialversichert bei:		T T M M J J										
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:												
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)												

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Sind bei einer früheren Impfung ernste Nebenwirkungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht beim Impfling eine chronische Erkrankung , Immunschwäche,
Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Nimmt der Impfling regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich bestätige, dass ich die beiliegende Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde dort über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Kontraindikationen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Mir wurde die Gelegenheit geboten, offene Fragen mit der Ärztin / dem Arzt zu besprechen: Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt.

Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

HINWEIS:

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Zustimmungserklärung eines Elternteiles bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.