

Information über die Schutzimpfung gegen Diphtherie und Tetanus

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.

Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

Die Impfung ist nicht allgemein empfohlen, sie kann aber als Alternative zu anderen verfügbaren Mehrfach-Impfstoffen, die zusätzlich vor Keuchhusten und/oder Kinderlähmung schützen, verabreicht werden. Sie dient zur Auffrischung, wenn Sie bereits gegen Diphtherie und Tetanus geimpft worden sind und kann ab vollendetem 4. Lebensjahr, also auch für Jugendliche und Erwachsene verwendet werden. Ein Abstand von mindestens 2 Jahren zur letzten Diphtherie-Tetanus-Impfung sollte nicht unterschritten werden.

Empfohlene Intervalle: Erwachsene alle 10 Jahre.

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, so auch zur Wahl des für Sie am besten geeigneten Impfstoffs (Diphtherie-Tetanus, Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten oder Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Kinderlähmung).

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.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstempel)



Einwilligung zur Impfung gegen Diphtherie-Tetanus

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>										
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></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.