

# INFORMATION ÜBER DIE ZECKENSCHUTZIMPFUNG (FRÜHSOMMER-MENINGOENZEPHALITIS, FSME)

FSME-Immun 0,5 ml und FSME-Immun 0,25 Junior ®

## Die Erkrankung und ihre Behandlung

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis ist eine Viruskrankheit des Gehirns und des Rückenmarks, welche bleibende Schäden hinterlassen kann und manchmal tödlich endet. Sie wird durch Zeckenstich übertragen. Die FSME-Impfung wird in Österreich allgemein empfohlen.

Es existiert keine ursächliche Behandlung.

## Impfschema

1. Teilimpfung
  2. Teilimpfung ein bis drei Monate danach, bei Notwendigkeit eines raschen Impfschutzes 14 Tage
  3. Teilimpfung 5 bis 12 Monate nach der 2. Teilimpfung
1. Auffrischung nach 3 Jahren, danach alle 5 Jahre

## Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

99 % aller regulär geimpften Personen sind vor Erkrankung geschützt. Nur durch die Impfung konnte die Krankheit weitgehend zurückgedrängt werden.

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

Infos im web: [www.bmg.gv.at](http://www.bmg.gv.at) – Impfungen.

Bei schwerer Hühnereiweißallergie soll diese Impfung nur im Krankenhaus verabreicht werden.

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

## Bitte Geld, Impfpass und Einwilligung am Impftag mitgeben, sonst kann nicht geimpft 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 ZECKENSCHUTZIMPfung

<b>Schule</b>	<b>Klasse</b>	<b>Impftermin</b>			
<b>Vor- und Familienname des Kindes:</b>		<b>männlich:</b> <input type="checkbox"/>	<b>weiblich:</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:</b>					
<b>Sozialversichert bei:</b>		T	T	M	M
<b>Name d. Erziehungsberechtigten:</b>	<b>Telefon</b> (f. Rückfragen)				
<b>Adresse:</b> (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)					
<b>1. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>	<b>2. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>	<b>3. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Auffrischung:</b> <input type="checkbox"/>		

**Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!**

**Zutreffendes ankreuzen**

- |                                                                                                                                                                              |                             |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Krankheit beim Kind bemerkt?<br>Wenn ja, welche? .....                                                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Sind bei einer früheren Zeckenimpfung ernste <b>Nebenwirkungen</b> aufgetreten?                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist ein <b>Zeckenstich</b> innerhalb der letzten vier Wochen aufgefallen? .....                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Ist beim Impfling eine <b>Allergie</b> bekannt, insbesondere gegen Hühnereiweiß?<br>Wenn ja, welche? .....                                                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Besteht beim Impfling eine <b>chronische Erkrankung</b> , Immunschwäche,<br>Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns?<br>Wenn ja, welche? ..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Nimmt der Impfling regelmäßig Medikamente ein?<br>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, im Gesundheitsamt oder unmittelbar bei der Impfung offene Fragen mit der Ärztin / dem Arzt zu besprechen: Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt **und benötige daher kein persönliches Gespräch.**

**Ich bin mit der Durchführung der Zeckenschutzimpfung einverstanden.**

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift**

**HINWEISE:**

1. Wenn Sie die mit der Ärztin / dem Arzt **persönlich** sprechen möchten, werden Sie ersucht, diese Einverständniserklärung erst nach dem Gespräch zu unterschreiben.
2. 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.
3. Wenn Ihr Kind kurz vor der Impfung **krank** wird, werden Sie ersucht, das der Schule oder dem Impfarzt mitzuteilen. Die Impfung kann später nachgeholt werden.