

INFORMATION über die Schutzimpfung gegen humane Papillomaviren

HPV-Infektionen

Es sind mehr als 100 humane Papillomviren bekannt, von denen etwa 40 Typen beim Menschen vor allem die Schleimhaut im Genitalbereich infizieren. Die Übertragung erfolgt hauptsächlich durch Intimkontakt (sexuelle Übertragung). In Deutschland, Österreich und der Schweiz werden etwa 70% aller Frauen im Lauf ihres Lebens mit HPV infiziert.

HP-Viren sind die Hauptursache für Krebsvorstufen und Krebserkrankungen im Bereich des Gebärmutterhalses (= Zervixkarzinom), der Vagina, der Vulva, des Anus und des Penis. Die Typen 16 und 18 verursachen >70% (unter Berücksichtigung der Serotypen 31, 33 und 45 >80%) aller Zervixkarzinome. Zur Frühdiagnose werden im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen ein Abstrich vom Gebärmutterhals und eine Färbung nach und bei verdächtigem Befund feingewebliche Untersuchungen nach Gewebsentnahme durchgeführt.

In Europa werden jährlich 33.500, in Österreich zirka 500-600 neue Fälle von Zervixkarzinom mit zirka 15.000 bzw. in Österreich 130-180 Todesfällen registriert. Die HPV-Typen 6 und 11 sind für über 90% aller Genitalwarzen verantwortlich. Mehr als 1% der sexuell aktiven Personen leiden an Genitalwarzen. Impfstoffe gegen onkogene Papillomviren sollten für Mädchen und Frauen – möglichst vor Eintritt in das sexuell aktive Alter – zur Anwendung kommen. Der größtmögliche individuelle Nutzen wird durch Impfung vor Eintritt in das sexuell aktive Alter erzielt. Auch sexuell bereits aktive Frauen können von der HPV-Impfung profitieren.

Eine Wirksamkeit der Impfung ist für alle Personen zu erwarten, die noch keinen Kontakt mit den durch den Impfstoff abgedeckten HPV-Typen hatten. Eine HPV-Testung vor der Impfung wird nicht empfohlen.

Das Vorliegen einer Schleimhautveränderung im Genitalbereich ist kein Ausschlussgrund für die Impfung, bedarf aber einer individuellen Aufklärung über den möglicherweise eingeschränkten Nutzen der Impfung.

(leicht modifizierter Auszug aus dem Österreichischen Impfplan 2011)

Derzeit sind zwei Impfstoffe mit etwas unterschiedlicher Wirkung verfügbar. Fragen Sie Ihren Arzt.

Impfschema: 0 – 1 – 6 Monate bzw. 0 – 2 – 6 Monate, je nach verwendetem Impfstoff.

Hinsichtlich der Notwendigkeit von Auffrischungsimpfungen müssen weitere Daten abgewartet 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.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstampiglie)



Einwilligung in die Schutzimpfung gegen humane Papillomaviren

Vor- und Familienname des Impflings:				männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:					
Sozialversichert bei:				T	T
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:				M	M
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)				J	J
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	3. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			

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 eine Allergie bekannt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht eine chronische Erkrankung , Immunschwäche,
Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Nehmen Sie bzw das zu impfene Kind regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sind Sie schwanger? | <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.