

## Information über die Schutzimpfung gegen Hepatitis B

### Die Erkrankung

Die Hepatitis B (Serumhepatitis) ist eine schwere Erkrankung der Leber. In Österreich leben etwa 42.000 chronische Virusträger. Weltweit sterben 25 % der chronisch Erkrankten als Erwachsene an primärem Leberkrebs oder an Zirrhose.

Die Hepatitis B wird durch Blut und andere Körperflüssigkeiten (z.B. Speichel) übertragen, sowohl durch direkten Kontakt einschließlich Geschlechtsverkehr, als auch indirekt über Gegenstände verschiedenster Art (Zahnbürste, Rasierklingen, Instrumente wie z.B. Kanülen, Akupunkturnadeln, Tätowierbestecke). Auch infizierte Mütter übertragen das Virus bei der Geburt mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Neugeborene.

Die Hepatitis B kann nicht ursächlich behandelt werden.

### Die Impfung ist laut Impfplan empfohlen:

**Für alle Kinder** bzw. als Nachholimpfung für alle Erwachsenen (WHO-Empfehlung)

Besonders wichtig ist die Impfung für **Risikopersonen**:

- alle in medizinischen Berufen tätigen Personen, auch SchülerInnen und StudentInnen dieser Berufe,
- Personen mit Infektionsrisiko durch Blutkontakte mit möglicherweise infizierten Personen (Ersthelfer, Polizisten); Personen, die beruflich Injektionsnadeln einsammeln oder entsorgen, Personal plasmafraktionierender Unternehmen, Personal von Einrichtungen für geistig Behinderte,
- Kontaktpersonen zu an Hepatitis B Erkrankten oder HBsAg-Trägern, sofern sie nicht bereits immun oder nicht selbst HBsAg-Träger sind,
- nicht immune Personen mit chronischer Lebererkrankung,
- Personen mit häufigem Bedarf an Plasmaprodukten (z. B. Hämophile), Dialysepatienten (ev. höhere Dosis),
- Personen mit riskantem Sexualverhalten (Sexualpartner von HBsAg-Trägern, häufiger Wechsel von Sexualpartnern),
- intravenös Drogenabhängige
- Neugeborene HBsAG-positiver Mütter.

### Reiseimpfung:

Reisende (Tourismus, berufliche Reisen, aber auch diplomatischer Dienst und Entwicklungshilfe) in Gebiete mit hoher Hepatitis-B-Verbreitung. Ev. als Kombinationsimpfstoff gegen Hepatitis A und B.

**Nach möglicher Exposition mit infektiösem Material** (Nadelstichverletzungen oder ähnliche Infektionsereignisse) gibt es spezielle Empfehlungen. Fragen Sie Ihren Arzt.

Auffrischungsimpfungen nach dem Schulalter sind nur bei erhöhtem Ansteckungsrisiko angezeigt.

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

### Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

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:



## Einwilligung zur Schutzimpfung gegen Hepatitis B

<b>Vor- und Familienname des Impflings:</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>Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:</b>								
<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 Impfung ernste <b>Nebenwirkungen</b> aufgetreten?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist beim Impfling eine <b>Allergie</b> bekannt?<br>Wenn ja, welche? .....  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht beim Impfling eine <b>chronische Erkrankung</b> , Immunschwäche, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns?<br>Wenn ja, welche? ..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Nimmt der Impfling regelmäßig Medikamente ein?<br>z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere: .....  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?   | <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.