

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

Die von der Weltgesundheitsorganisation weltweit empfohlene Impfung wird in Österreich im Säuglings- und im Schulalter gratis und freiwillig angeboten. Nach der Grundimmunisierung im Säuglings- bzw. Kleinkindalter ist eine Auffrischungsimpfung im 7. bis 13. Lebensjahr empfohlen. Bei fehlender Grundimmunisierung soll die Hepatitis B-Immunsierung spätestens im 13. Lebensjahr durchgeführt werden, da das Infektionsrisiko ab diesem Alter wieder steigt. Für Erwachsene, die einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, gelten spezielle Empfehlungen. 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. 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.

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

Bitte 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 Impfung gegen Hepatitis B

Schule	Klasse	Impftermin			
Vor- und Familienname des Kindes:		männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>		
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:					
Sozialversichert bei:		T	T	M	M
Name d. Erziehungsberechtigten:	Telefon (f Rückfragen)				
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)					
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	3. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	Auffrischung: <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?
Wenn ja, welche? ja nein
2. Sind bei einer früheren Impfung ernste **Nebenwirkungen** aufgetreten? ja nein
3. Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt?
Wenn ja, welche? ja nein
4. Besteht beim Impfling eine **chronische Erkrankung**, Immunschwäche,
Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns?
Wenn ja, welche? ja nein
5. Nimmt der Impfling regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere: ja nein
6. Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? ja 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 Impfung 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.