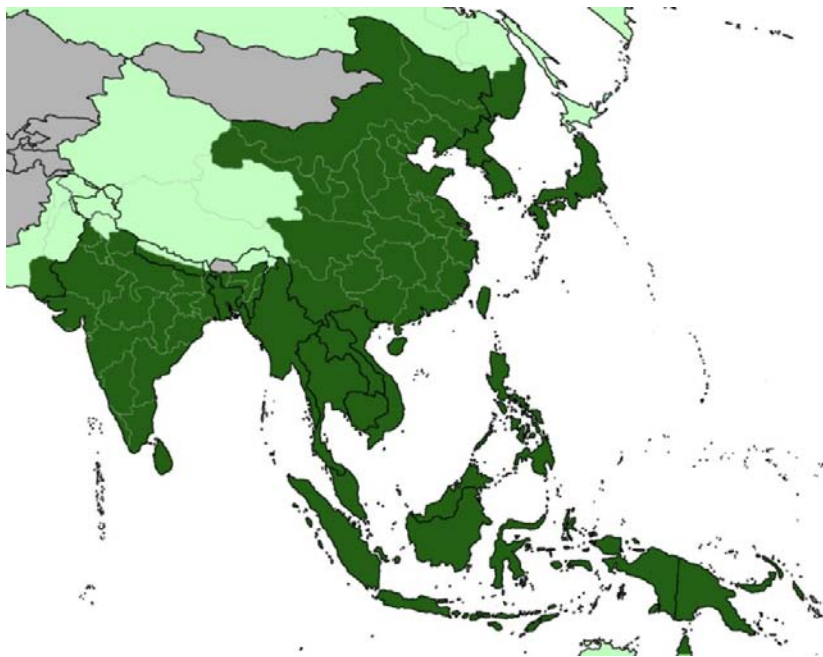


## Informationen über die Schutzimpfung gegen Japan B-Enzephalitis

### Die Krankheit

kommt nur in Asien vor (siehe Abbildung, Daten bis 2008). In vielen Gebieten tritt die Krankheit saisonal auf. Gefährdet sind in den betroffenen Ländern hauptsächlich Kinder unter 2 und Erwachsene über 50 Jahre. Touristen sind sehr selten betroffen, weltweit weniger als 2 pro Jahr. Die Krankheit wird vornehmlich in Gegenden, wo Reisanbau und Schweinezucht betrieben werden, durch Stechmücken übertragen. Von der Ansteckung bis zum Ausbruch der Krankheit dauert es ca. 5-15 Tage. Sie äußert sich mit plötzlich beginnendem Fieber und Kopfschmerzen. Später können unter anderem Zeichen einer Hirnentzündung wie Bewusstseinsstörungen, Reflexstörungen und Lähmungen hinzukommen.



### Vorbeugung und Behandlung

Die beste Vorbeugung ist Mückenschutz v.a. nachts mit Kleidern, Mückenschutzmitteln und evtl. Moskitonetz. Es besteht keine Möglichkeit einer spezifischen d.h. ursächlich wirksamen Krankenbehandlung.

### Die Impfung

wird für besonders gefährdete Erwachsene wie Touristen, die sich längere Zeit in ländlichen Gegenden aufhalten und bei einheimischen Bauern wohnen, empfohlen. Sie erfolgt durch Injektion in einen Muskel.

Sie erhalten die erste Teilimpfung am Tag 0, die zweite Teilimpfung 28 Tage nach der ersten Teilimpfung (Tag 28). Eine Auffrischimpfung kann innerhalb des zweiten Jahres (d.h. 12-24 Monate) nach der ersten Dosis der empfohlenen Grundimmunisierung gegeben werden.

### Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

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 gemeldet werden!

Ihre Daten werden zum Zwecke der Verrechnung und Dokumentation elektronisch verarbeitet und streng vertraulich behandelt.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -



(Arztstempel)



# EINWILLIGUNG zur Schutzimpfung gegen Japan B-Enzephalitis

<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>	<table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>												T	T	M	M	J	J					
T	T	M	M	J	J																		
<b>Adresse:</b> (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)																							
<b>1. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>	<b>2. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Auffrischung:</b> <input type="checkbox"/>																					

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

**Zutreffendes ankreuzen**

- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Sind Sie derzeit gesund?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| 2. Besteht (oder bestand innerhalb der letzten vier Wochen) eine akute fieberhafte Erkrankung?<br>Wenn ja, welche? .....         | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Sind einmal bei einer Impfung ernste Nebenwirkungen aufgetreten?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Ist eine Allergie bekannt?<br>Wenn ja, welche? .....  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Besteht eine Immunschwäche oder eine Krebserkrankung bzw. wird er/sie mit einer immunsuppressiv wirkenden Therapie behandelt? | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Besteht eine chronische Erkrankung bzw. eine Autoimmunerkrankung oder wird eine solche vermutet?<br>Wenn ja, welche? .....    | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Ist eine Blutgerinnungsstörung bzw. Blutungsneigung bekannt?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Regelmäßige Medikamenteneinnahme?<br>Wenn ja, welche: .....   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Haben Sie den letzten 3 Monaten andere Impfungen, Injektionen, Bluttransfusionen oder Bestrahlungen erhalten?                 | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> möglicherweise  | <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**

Ärztliche Anmerkungen: