

INFORMATION ÜBER DIE IMPFUNG GEGEN PNEUMOKOKKEN

Erreger und Krankheiten

Diese bakteriellen Krankheitserreger können bei Säuglingen und Kleinkindern schwere Erkrankungen wie Blutvergiftung, Hirnhautentzündung, Lungenentzündung und häufig Mittelohrentzündung verursachen. Sie sind auch für ältere Menschen gefährlich. Diese Krankheiten können zwar mit Antibiotika behandelt werden, jedoch gibt es schwere Verläufe mit bleibenden Spätschäden oder sogar mit Todesfolge.

Die Impfung

wird durch Injektion in einen Muskel verabreicht. Sie ist in Österreich allgemein empfohlen und schützt vor Krankheiten, die – je nach Impfstoff – durch 10 bzw. 13 bei uns häufige Serotypen von Streptococcus pneumoniae verursacht werden. Geimpfte Kinder können ältere Menschen, bei denen Pneumokokken-erkrankungen ebenfalls schwer verlaufen können, nicht anstecken, dadurch wird deren Infektionsrisiko vermindert. Der 13valente Impfstoff kann auch ab vollendetem 50. Lebensjahr gegeben werden.

Sie ist von besonderer Bedeutung bei Vorliegen eines der folgenden Risiken:

- angeborene oder erworbene Immundefekte, Fehlen einer funktionsfähigen Milz;
- Patienten mit Innenohrimplantat oder Liquorfistel;
- vor Organtransplantation, nach Knochenmarkstransplantation, vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie;
- Patienten, die an einer chronischen Krankheit leiden wie z.B. einer Krankheit der blutbildenden Organe, einer bösartigen Neubildung, HIV-Infektion, einer behandlungsbedürftigen Herz-Kreislaufferkrankung, Zuckerkrankheit, einer chronischen Krankheit der Atmungsorgane oder anderer innerer Organe, einem nephrotischen Syndrom, Leberzirrhose oder Niereninsuffizienz,
- Frühgeburten (Geburt <36 Wochen + 6 Tage vor dem errechneten Termin) bzw. Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (unter 2500 g);
- Säuglinge mit Gedeihstörungen, oder
- wenn eine Krankheit des Nervensystems wie z.B. eine Zerebralparese oder ein Anfallsleiden vorliegt.

Alle Säuglinge und Kleinkinder bekommen die Impfung gegen Vorlage eines Gutscheins kostenlos.

Impfschema

Wie viele Teilimpfungen benötigt werden, hängt vom Alter bei der Erstimpfung ab.

Erstimpfung im ersten Lebensjahr: Die Säuglinge erhalten zwei Impfdosen, mit Verabreichung der ersten Dosis üblicherweise im Alter von 2 Monaten, mit einem Zeitabstand von *mindestens* 1 Monat zwischen den Dosen. Im zweiten Lebensjahr wird eine weitere Dosis als Auffrischung empfohlen.

Kinder im 2. Lebensjahr: Zwei Impfungen mit einem Abstand von wenigstens 2 Monaten.

Bisher ungeimpfte Kinder im 3. bis 5. Lebensjahr: je nach verwendetem Impfstoff eine bzw. zwei Impfungen.

Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr: Eine Impfung.

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.

Infos im web: www.bmg.gv.at – „Impfungen“, „Impfbroschüre“.

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.

Kontaktinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -



EINWILLIGUNG ZUR IMPFUNG GEGEN PNEUMOKOKKEN

Vor- und Familienname des Impflings:					männlich: <input type="checkbox"/>		weiblich: <input type="checkbox"/>	
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:								
Sozialversichert bei:					T	T	M	M
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:								
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. War der Impfling in den letzten 14 Tagen krank? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche Krankheitszeichen wurden beobachtet? | | |
| 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, Funktionsstörung der Milz, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| 5. Regelmäßige Medikamenteneinnahme ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |

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 Pneumokokkenimpfung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstempiglie)