

Informationen über die Schutzimpfung gegen Masern-Mumps-Röteln

Masern

sind eine oft schwere, hoch ansteckende Krankheit. Gewöhnlich treten Husten, hohes Fieber, tränende Augen, Schnupfen und ein Hautausschlag auf. Bei einem von 10-20 Kindern kommt es zu einer Lungenentzündung oder zu einer Mittelohrentzündung. Etwa bei einem von 1.000 Kindern tritt eine Gehirnentzündung (Enzephalitis), die Krämpfe, Schwerhörigkeit, körperliche oder geistige Behinderung nach sich ziehen oder auch tödlich enden kann, auf. Eines von ca. 100.000 Kindern mit Masern entwickelt Jahre später eine schleichende, das Gehirn zerstörende Erkrankung, die unheilbar ist und immer tödlich endet. Bei Erwachsenen verläuft die Krankheit in der Regel schwerer als bei Kindern.

Mumps

verursacht Fieber, Kopfschmerzen sowie eine Entzündung und Schwellung der Speicheldrüsen. Auch Bauchspeicheldrüsenentzündungen kommen vor. Bei jedem zehnten Erkrankten treten Entzündungen der Gehirnhäute auf. Selten tritt eine Gehirnentzündung auf, die zur Ertaubung führen kann. Bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen verursacht Mumps häufig eine schmerzhafte Schwellung und Entzündung der Hoden, die manchmal zu Unfruchtbarkeit (Sterilität) führt. Bei Mädchen und Frauen kann eine Eierstockentzündung auftreten.

Röteln

verlaufen meist mild, sie gehen mit Fieber, Ausschlag und Lymphknotenschwellung einher oder laufen unbemerkt ab. Die Krankheit ist dann sehr gefährlich, wenn sie Frauen in der ersten Hälfte der Schwangerschaft befällt. Fehlgeburten oder schwere Missbildungen an Gehirn, Auge und Herz des Kindes können die Folge sein.

Die Impfung

Der Impfstoff enthält abgeschwächte lebende Masern-, Mumps- und Rötelnviren.

Die Impfung ist in Österreich ab einem Lebensalter von 12 Monaten generell empfohlen. Alle Kinder sollen im 2. Lebensjahr zwei Impfungen bekommen. Die Impfung kann bis ins Erwachsenenalter nachgeholt werden. Sie ist für alle Kärntnerinnen und Kärntner bis zum vollendeten 25. Lebensjahr kostenlos. Durch eine hohe Durchimpfungsrate hört das Virus auf in der Bevölkerung zu zirkulieren. es entsteht eine Herdenimmunität, welche auch die Ungeimpften schützt.

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.

Kontaktinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstempel)



Einwilligung zur Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>										
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
Sozialversichert bei:		T T M M J J										
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:												
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)												
1. Impfung: <input type="checkbox"/>	2. Impfung: <input type="checkbox"/>											

Bitte beantworten Sie folgende Fragen

zum Gesundheitszustand der zu impfenden Person!

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, z. B. gegen Neomycin?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Ist eine chronische Erkrankung , Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns bekannt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Regelmäßig Medikamenteneinnahme ?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Ist eine aktive, nicht behandelte Tuberkulose bekannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Sind in der Vorgeschichte oder bei Blutsverwandten Krampfanfälle bekannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft in den nächsten 3 Monaten geplant? | <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.