

## INFORMATION über die Vierfach-Schutzimpfung gegen Meningokokken (Serotyp A, C, W<sub>135</sub>, Y)

### Die Erkrankung und ihre Behandlung

wird durch Bakterien (*Neisseria meningitidis*) hervorgerufen. Sie besiedeln den Nasen-Rachen-Raum Gesunder. Die Übertragung erfolgt durch Husten und Niesen oder durch engen Körperkontakt (Küssen). Besonders gefährdet sind Säuglinge und Kleinkinder, aber auch Jugendliche. Es kann eine Blutvergiftung (oft begleitet von Hautblutungen), eine eitrige Hirnhautentzündung oder eine eitrige Bindehautentzündung auftreten. Wesentlich für den Ausgang der Erkrankung ist der rasche Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie. In Österreich werden jährlich zirka 100 Erkrankungsfälle registriert. Fünf bis zehn Prozent der Erkrankungen enden tödlich. Wird die Krankheit überlebt, können bleibende Schäden resultieren.

### Die Impfung

Der verwendete Impfstoff (Menveo) ist ab dem vollendeten 11. Lebensjahr zugelassen und schützt vor Erkrankungen durch Meningokokken der Serogruppen A, C, W<sub>135</sub> und Y, jedoch nicht durch andere Erreger wie z. B. die bei uns relativ häufige Gruppe B. Wenn Sie bzw. das zu impfende Kind eine Reise nach Nordamerika, in das tropische Afrika oder nach Asien planen, kann dieser Impfstoff Sie vor einigen vornehmlich in diesen Regionen zirkulierenden Erregertypen schützen.

Weitere Infos im web: [www.bmg.gv.at](http://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 Vierfach-Schutzimpfung gegen Meningokokken (Serotyp A, C, W<sub>135</sub>, Y)

<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 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>											
<b>Sozialversichert bei:</b>		T   T   M   M   J   J										
<b>Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:</b>												
<b>Adresse:</b> (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)												

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

**Zutreffendes ankreuzen**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt? .....<br>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 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,<br>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 |

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 Schutzimpfung gegen Meningokokken 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.