

Informationen über die Schluckimpfung gegen Rotaviren

Die Erkrankung

Eine Infektion mit Rotaviren ist die häufigste Ursache für Durchfallerkrankungen während der Säuglingszeit. Die Erkrankung kann mild oder schwer verlaufen. Sie geht mit Erbrechen und wässrigen, schleimigen Durchfällen einher. Fieber bis 38 ° Celsius und Bauchschmerzen können auftreten. Der Durchfall dauert 2 bis 6 Tage, manchmal treten unspezifische Atembeschwerden auf. In schweren Fällen kommt es zu einem Flüssigkeitsverlust mit Austrocknung, die besonders bei jungen Säuglingen lebensbedrohlich werden kann.

Die Übertragung erfolgt meistens durch Schmierinfektion. Eine genaue persönliche Hygiene, besonders beim Windelwechsel, ist daher im Umgang mit Erkrankten notwendig.

Die Schluckimpfung

ist für alle Kinder in Österreich generell empfohlen. Sie ist gegen Vorlage eines Impfgutscheins kostenlos und wie jede andere Impfung auch freiwillig.

Impfschema

Je nach verwendetem Impfstoff sollen ab dem Alter von sechs Wochen zwei bzw. drei Teilimpfungen im Mindestabstand von vier Wochen verabreicht werden. Die Impfserie soll jedenfalls im ersten Lebenshalbjahr abgeschlossen sein, später soll nicht mehr geimpft 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.

Infos im web: www.bmg.gv.at – Impfungen.

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 -



EINWILLIGUNG zur Schluckimpfung gegen Rotaviren

Vor- und Familienname des Kindes:	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: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
Sozialversichert bei:		T T M M J J										
Name der / des Erziehungsberechtigten:												
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)												
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	ggf. 3. Teilimpfung: <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? ja nein
Wenn ja, welche?
2. Sind bei einer früheren Impfung ernste **Nebenwirkungen** aufgetreten? ja nein
3. Ist beim Kind eine **Allergie** bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?
4. Besteht beim Kind eine **chronische Erkrankung**, Immunschwäche, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns? ja nein
Wenn ja, welche?
5. Lebt der Impfling mit einer immungeschwächten Person gemeinsam in einem Haushalt? ja nein
6. Hat der Impfling bereits eine schwere **Darmerkrankung** durchgemacht oder sind Fehlbildungen des Verdauungstrakts bekannt? ja nein
7. Muss das Kind regelmäßig **Medikamente** bekommen? ja 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 Impfung bei meinem Kind einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstempiglie)