

# INFORMATION über die Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, HiB und Hepatitis B

## Die Krankheiten

Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Pertussis (Keuchhusten), Hepatitis B, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und Erkrankungen durch Haemophilus influenzae Typ b waren vor Einführung der Impfung weit verbreitet. Sie sind durch die allgemeine Impfung in Österreich weitgehend oder völlig verschwunden. Eine gute Durchimpfung der Bevölkerung schützt nicht nur das Kind, sondern auch andere! Auf dem Beiblatt finden Sie eine kurze Beschreibung der Krankheiten.

## Die Impfung

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

## Impfschema laut österreichischem Impfplan:

1. Impfung ab dem 3. Lebensmonat
2. Impfung etwa acht Wochen später
3. Impfung ab 12. Lebensmonat.

Versäumte Impfungen können zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Für ungeimpfte Schulkinder gibt es spezielle Empfehlungen.

## 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](http://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 Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, HiB und Hepatitis B

<b>Vor- und Familienname des Kindes:</b>					<b>männlich:</b> <input type="checkbox"/>	<b>weiblich:</b> <input type="checkbox"/>				
<b>Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:</b>										
<b>Sozialversichert bei:</b>					T	T	M	M	J	J
<b>Name der / des Erziehungsberechtigten:</b>										
<b>Adresse:</b> (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)										
<b>1. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>			<b>2. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>			<b>3. Teilimpfung:</b> <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?<br>Wenn ja, welche? .....  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Sind bei einer früheren Impfung ernste <b>Nebenwirkungen</b> aufgetreten? .....   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist beim Kind eine Allergie bekannt?<br>Wenn ja, welche? .....  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht beim Kind 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. Muss das Kind regelmäßig <b>Medikamente</b> bekommen?<br>Wenn ja, welche: .....   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Ist bei der Mutter eine <b>Hepatitis B</b> bekannt bzw. hat das Kind<br>bereits eine Einzelimpfung gegen Hepatitis B erhalten?  | <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 bei meinem Kind einverstanden.**

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift**

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstempel)