

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
 ZUR DURCHFÜHRUNG EINER
IMPfung GEGEN FRÜHSOMMER-MENINGOENZEPHALITIS (FSME)
MIT FSME-IMMUN 0,5 ml Erwachsene oder FSME-IMMUN 0,25 ml Junior

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind derzeit oder in den letzten 2 Wochen Fieber ? Leidet Ihr Kind derzeit an Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer Allergie ? Wenn ja, an welcher? _____ Falls Ihr Kind derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe erhält: Wann war die letzte Verabreichung? _____ Wann ist die nächste Verabreichung geplant? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihrem Kind eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung vor? Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, Medikamente zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer schweren oder chronischen Erkrankung ? Wenn ja, an welcher? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Musste Ihr Kind sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. einer Operation) unterziehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer chronisch entzündlichen Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind je Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja welche und wann? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten , Blut , Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

_____	_____
Familien- und Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
_____	_____
Sozialversicherungsnummer des Kindes	Name der Sozialversicherung (zB. BGKK)

Adresse	

Name der oder des Erziehungsberechtigten	

Ich bestätige, dass ich die Gebrauchsinformation zum oben genannten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich hatte die Möglichkeit offene Fragen mit der Ärztin bzw. dem Arzt zu besprechen und bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt.

Ich verzichte auf ein mündliches Aufklärungsgespräch. Ja Nein

Sollte Ihr Kind zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin bzw. dem Arzt vor dem Impftermin mit. Bitte geben Sie Ihrem Kind zum Impftermin alle Impfaufzeichnungen mit (Impfausweis, Impfkarte).

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden.

Ich bin mit der Datenübermittlung zum Zweck der Verrechnung und Dokumentation mit einem EDV Programm einverstanden. Ja Nein

_____ **Datum** _____ **Unterschrift des zu Impfenden beziehungsweise Erziehungsberechtigten**

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Zustimmungserklärung eines Elternteils beziehungsweise der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzen.

Ärztliche Anmerkung:	
_____	_____
Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes