

## Persönliche Daten der zu impfenden Person – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Familienname*	Vorname*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)*	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht* <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers	<input type="radio"/> inter <input type="radio"/> offen <input type="radio"/> kein Eintrag
Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die zu impfende Person

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin oder dem Arzt vor der Impfung mit. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

Zutreffendes auswählen

- Hatte die zu impfende Person bereits eine **SARS-CoV-2-Infektion**?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann?
- Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung oder Infektion** (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?  Ja  Nein  
Wenn ja, woran?
- Hatte die zu impfende Person schon einmal einen **allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps**?  Ja  Nein  
Wenn ja, worauf?
- Erfolgte bei der zu impfenden Person in den **letzten 4 Wochen eine andere Impfung**, oder wird derzeit eine **allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung** bei der zu impfenden Person durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche und wann?
- Hat die zu impfende Person bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten? Wenn ja, wann?  Ja  Nein  
Datum der letzten COVID-19-Impfung
- Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit **nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtem Fieber)?  Ja  Nein  
Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?
- Besteht bei der zu impfenden Person eine **Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes** (siehe Gebrauchsinformation)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
- Hat die zu impfende Person in den **letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten?  Ja  Nein  
Wenn ja, was und wann?
- Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **blutverdünnende Medikamente**?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
- Liegen bei der zu impfenden Person **schwere oder chronische Erkrankungen** (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
- Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine **Chemo- und/oder Strahlentherapie** durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person **immunschwächende Medikamente** ein (z. B. Cortison)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
- Wurde vor kurzem bei der zu impfenden Person ein **operativer Eingriff** durchgeführt oder ist ein solcher bei der zu impfenden Person geplant?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann?
- Besteht eine **Schwangerschaft** bei der zu impfenden Person?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Nach der Impfung mit mRNA-Impfstoffen gegen COVID-19 können Impfreaktionen auftreten, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. Sehr häufig ( $\geq 1/10$ ) kommen an der Impfstelle Schmerzen oder Schwellung, sowie Ermüdung, Kopf-, Muskel-, Gelenkschmerzen, Durchfall, Schüttelfrost oder Fieber vor. Häufig ( $\geq 1/100$ ) kommen an der Impfstelle Rötung, sowie Übelkeit, Erbrechen oder vergrößerte Lymphknoten vor. Sehr selten ( $< 1/10.000$ ) wurde Myokarditis, Perikarditis beschrieben. Schwere allergische Reaktionen können auftreten.

Nach der Impfung wird drei Tage körperliche Schonung empfohlen, sowie Sportkarenz für eine Woche.

Für weitere Details wird auf die Gebrauchsinformation verwiesen, diese ist abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Gebrauchsinformationen-Impfstoffe>

Auf Anfrage kann Ihnen die Gebrauchsinformation in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

Die Impfeempfehlungen zur COVID-19-Impfung in der jeweils aktuellen Version sind online verfügbar unter <https://www.sozialministerium.at/impfplan>

**Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor der Unterfertigung dieses Bogens an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt für ein persönliches Gespräch.** Sollte dies nicht möglich sein (z.B. bei **Schulimpfungen**), dann wenden Sie sich bitte an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde.

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte, Erwachsenenvertretung oder Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) dürfen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Impfung einverstanden bin und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfregeister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



**Datum (TT.MM.JJJJ) Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Wichtige Informationen:** Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin oder des Arztes.

Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



## Achtung: Bitte freilassen – Nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)\*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Verabreichter Impfstoff\*

Dosiskennung\*

Vorbereitung durch Dritte

Oberarm links

Oberarm rechts

Chargennummer (LOT oder Ch.B)\*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)\*

Name der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes\*

Name der impfenden Person (falls abweichend)

Die zu impfende Person ist nicht eindeutig identifizierbar.

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes