

Formblatt für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten Hepatitis B-Impfung für Neugeborene von HBsAg – positiven Müttern mit HBVAXPRO 5 Mikrogramm/0,5 ml

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ist der Impfling derzeit gesund? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Hat der Impfling bereits eine Erkrankung durchgemacht?
Wenn ja, welche und wann? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt? (z.B. gegen Latex)
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht beim Impfling eine Abwehrschwäche (z.B. durch Krebs, Leukämie,
AIDS, Niereninsuffizienz), nimmt er Medikamente wie Cortison
oder ähnliche Präparate ein?
Wenn ja, welche und wann? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen aufgetreten?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sonstiges? _____ | | |

Bitte fragen Sie Ihren Impfarzt/Ihre Impfärztin, wenn Sie noch etwas über obige Impfung erfahren wollen oder etwas unklar bleibt.

Daten der zu impfenden Person:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:
ev. früherer Name:		
männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>	
vollständige Wohnadresse:		

Datenschutzerklärung: Sie/Ihr Kind nehmen/nimmt mit dieser Impfung eine Serviceleistung des Landes Tirol in Anspruch. Dieses Service umfasst auch eine bezirksübergreifende automationsunterstützte Dokumentation der verabreichten Impfungen für den amtsärztlichen Dienst. Dabei kann der impfende Amtsarzt auch jene Impfdaten einsehen, die im Zuständigkeitsbereich einer anderen Tiroler Bezirkshauptmannschaft erhoben wurden.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie die ausdrückliche Zustimmung nach § 9 Z 6 des Datenschutzgesetzes 2000 (DSG 2000), dass die in diesem Formular angeführten Daten von Ihrem behandelnden Arzt für das Amt der Tiroler Landesregierung zur weiteren Verarbeitung der Daten in einem landesinternen Informationsverbundsystem dokumentiert werden. Sie erteilen außerdem die ausdrückliche Zustimmung, dass die in diesem Formular angeführten Daten sowie Daten früherer Impfungen im Rahmen der Impfkation Tirol in einem landesinternen Informationsverbundsystem nach § 50 DSG 2000 (Betreiber: Amt der Tiroler Landesregierung, DVR 0059463) verwendet werden. Zweck der Datenanwendung ist die Impfdokumentation, die Zusammenschau aller dokumentierten Impfungen für Amtsärzte (auch anderer BH'en) und allenfalls die persönliche Auskunft über Impfungen sowie die Abrechnung der ärztlichen Leistungen.

Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten

Vom Impfarzt/der Impfärztin einzutragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung* (im Kreissaal/Neugeborenenstation)	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung*
Impfstoff:	Chargen-Nr.
	Impfdatum:

* Weitere Impfungen mit einem Hepatitis B-Impfstoff erfolgen im Rahmen der 6-fach-Impfungen des Kinderimpfprogramms

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf :

Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel