

Formblatt für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten Impfung gegen Diphtherie – Tetanus – Keuchhusten - Kinderlähmung- Haemophilus influenzae-b - Hepatitis B mit Infanrix Hexa®

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ist der Impfling derzeit gesund?
Falls nein, welche Erkrankung: _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Hat der Impfling in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung durchgemacht?
Wenn ja, welche und wann? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Sind bereits nach einer Impfung ernste (allergische, neurologische) Nebenwirkungen aufgetreten? Wenn ja, wann und welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Hat der Impfling in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?
Wenn ja, welche und wann? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Ist beim Impfling eine Allergie (z.B. gegen Neomycin, Polymycin) bekannt?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Besteht beim Impfling eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS), nimmt oder nahm er in den letzten Monaten immunschwächende Medikamente wie Cortison oder ähnliche Präparate ein?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Traten beim Impfling schon einmal Zustände von Bewusstlosigkeit oder (Fieber-) Krämpfe auf oder besteht eine Erkrankung bzw. Schädigung des Nervensystems? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Liegt eine Blutgerinnungsstörung vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. 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 der(s) Eltern/Erziehungsberechtigte

Vom Impfarzt/der Impfärztin einzutragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf:

Formblatt für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Formblatt I

Unterschrift des(r) Impfarzt/Impfärztin, Stempel