

Formblatt für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten/Impflings für die Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln mit M-M-RvaxPro[®] anspruchsberechtigt sind Personen bis zum vollendeten 45. Lebensjahr

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

1. Ist der Impfling derzeit gesund? ja nein
2. Hat der Impfling in den letzten Wochen eine Erkrankung (insb. Tuberkulose oder Blutungsneigung insbesondere nach MMR-Impfung, Blutkrankheit oder Krebs) durchgemacht? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
3. Hat der Impfling in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
4. Ist beim Impfling eine Allergie (bes. Hühnerei, Neomycin) bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____
5. Besteht beim Impfling oder einen engen Kontaktperson eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS), nimmt oder nahm er in den letzten 6 Monaten immunschwächende Medikamente wie Cortison oder ähnliche Präparate ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____
6. Hat der Impfling in den letzten 3 Monaten Immunglobuline oder Blutprodukte erhalten? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
7. **Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder planen Sie eine Schwangerschaft?** ja nein
8. Sind in der eigenen Vorgeschichte oder bei Blutsverwandten Krampfanfälle oder Allergien bekannt? ja nein

**ICH NEHME MIT MEINER UNTERSCHRIFT ZUR KENNTNIS, DASS ICH
3 MONATE NACH DER IMPFUNG AUF KEINEN FALL SCHWANGER WERDEN DARF.**

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/volljährigen Impflings

oder Unterschrift des einsichtsfähigen mündigen Minderjährigen (ist älter als 14 Jahre - muss selbst zustimmen)

Vom/n Impfarzt/der Impfärztin einzutragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

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

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf:

Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel