

Formblatt für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten
zur Pneumokokken-Impfung mit Synflorix®
 anspruchsberechtigt sind angeimpfte Risikokinder und Kinder mit Geburtsstichtag ab 01.09.2011
Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ist der Impfling derzeit gesund? | ☐ ja | ☐ nein |
| 2. Hat der Impfling in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung durchgemacht? | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welche und wann? _____ | | |
| 3. Leidet der Impfling an einer chronischen Erkrankung? | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, an welcher? _____ | | |
| 4. Hat der Impfling bereits Impfungen erhalten? | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welche und wann? _____ | | |
| 5. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt? | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 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? | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 7. Liegt beim Impfling eine Blutungsneigung vor? | ☐ ja | ☐ nein |
| 8. 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: ☐	weiblich: ☐	
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!

☐ 1. Teilimpfung	☐ 2. Teilimpfung	☐ 3. Teilimpfung	☐ 4. Teilimpfung
nur mehr für Impfungen nach dem 3+1 Schema			
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:	

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf: ☐

Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel