

Bitte füllen Sie dieses Formular JEDES MAL gewissenhaft und vollständig aus!

Name _____ SVNr. _____ Geburtsdatum _____

Adresse: Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

• **Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank (z.B.: Grippe, Fieber, Operationen)?** ja nein
Welche? _____

• **Besteht eine weitere Krankheit? Welche?** _____ ja nein

• **Besteht eine Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung bei Ihnen oder in Ihrer Familie?**
Welche? _____ ja nein

• **Sind Operationen geplant? Welche?** _____ ja nein

• **Wurden in den letzten 4 Wochen (Allergie-) Impfungen durchgeführt?** ja nein
Welche? _____

• **Traten nach den bisherig erhaltenen Impfungen Beschwerden auf?** ja nein
Welche? _____

• **Nehmen Sie derzeit oder ständig Medikamente?** ja nein
Welche? _____

Blutverdünnende Medikamente: _____

Immunsupprimierende Medikamente: _____

• **Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?** ja nein
 Hühnereiweiß Fructose Sonstige _____

• **Hatten Sie schon eine infektiöse Gelbsucht (Hepatitis)?** ja nein

• **Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?** ja nein
 ja nein

✓ Bei gesundheitliche Fragen sprechen Sie mit dem Impfarzt/der Impfärztin! Erwähnen Sie auch heikle Themen!

✓ Wenn Sie planen in nächster Zeit Blut oder Plasma zu spenden, fragen Sie bei der zuständigen Stelle nach!

✓ Impfungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 14. Lebensjahr werden im Beisein eines Erziehungsberechtigten oder mit schriftlicher Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten durchgeführt!

✓ Nach jeder verabreichten Impfung ist eine Nachbeobachtungszeit von 30 Minuten einzuhalten. Wir empfehlen Ihnen, diese Zeit im Warteraum der Impfstelle zu verbringen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine angegebenen personenbezogenen Daten auf Basis des Ärztegesetzes erfasst und gespeichert werden. Allgemeine Informationen der mir zustehenden Rechte nach der DSGVO sind dem Link <https://datenschutz.stmk.gv.at> zu entnehmen.

Meine Angaben sind richtig, ich habe nichts verschwiegen und ich bin mit der Impfung einverstanden.

Datum

Unterschrift des/der Kunden/Kundin
bzw. des/der Erziehungsberechtigten
bzw. des/der mündigen Minderjährigen (ab 14. LJ)

Im Falle einer geplanten Reise bitte auch nachfolgenden Abschnitt ausfüllen!

Reiseland _____ Reisedauer _____ Abreise _____

Reisestil: beruflich geführte Rundreise individuell Badeaufenthalt Langzeitaufenthalt

Sonstige Fragen: **Impfplan** **Malaria** **Hygieneverhalten** **Thromboseprophylaxe** **Reiseapotheke**

Hatten Sie schon eine Tropenerkrankung (Dengue-Fieber, Malaria, etc)? ja(welche?) nein

Welche? _____

Sollten nach der Rückkehr einer Reise aus einem tropischen Land Symptome wie Fieber, Verdauungsbeschwerden, Hautveränderungen etc. auftreten, suchen Sie bitte **SOFORT** Ihren Arzt/Ihre Ärztin auf und informieren diese/n unbedingt von der Reise!

Wird von der Impfstelle ausgefüllt:

Empfohlene Impfungen:

- Diph-Tetanus
- Diph-Tet-Polio HPV (Gardasil)
- Diph-Tet-Polio-Pert Masern Mumps Röteln
- Diph-Tet-Pert Varicellen
- Polio Typhus
- Grippe Meningokokken
- Pneumokokken Gelbfieber
- Hepatitis A (Erw / Kinder) Tollwut
- Hepatitis B Erw Japanische Encephalitis
- Hepatitis B Kind Zecken FSME Erw
- Hepatitis AB Erw Zecken FSME Kinder
- Hepatitis AB Kinder

Informationsblätter mitgeben:

- Diph-Tetanus
- Diph-Tet-Polio HPV (Gardasil)
- Diph-Tet-Po-Pert Masern Mumps Röteln
- Diph-Tet-Pert Varicellen
- Polio Typhus
- Grippe Meningokokken
- Pneumokokken Gelbfieber
- Hepatitis A (E / K) Tollwut
- Hepatitis B Erw Japanische Encephalitis
- Hepatitis B Kind Zecken FSME Erw
- Hepatitis AB Erw Zecken FSME Kinder
- Hepatitis AB Kinder

Empfohlen aber nicht bei uns erhältlich: Cholera (Apotheke oder Hygieneinstitut) Typhus Schluckimpfung (Apotheke)

Aufklärungsblatt mitgeben:

- Hepatitis B-Titerkontrolle Mückenschutz Thromboseprophylaxe Dengue/Chikungunya/Zika
- Hygieneverhalten Reiseapotheke Postexponentielle Tollwutprophylaxe

Paraphe SachbearbeiterIn _____

Empfehlungen zur Malariaprävention:

- Prophylaxe: _____
- Notfalltherapie: _____
- nicht erforderlich

sonstige Anmerkungen durch den Impfarzt/Impfärztin:

| Impfarm R | Impfarm L |
|--------------|--------------|
| | |

Die Beratungen und Impfpläne unserer Reiseimpfstelle beruhen auf u.a. Empfehlungen der WHO und des Zentrums für Reisemedizin in Düsseldorf.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die mir ausgehändigten Informationsblätter zu den gewünschten Impfungen sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Gegenanzeigen zur Verabreichung und möglichen Nebenwirkungen der Impfstoffe aufgeklärt. Ich hatte Gelegenheit offene Fragen mit der Ärztin/dem Arzt persönlich zu besprechen, bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher keine weiteren Informationen.

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift des/der Kunden/Kundin
bzw. des/der Erziehungsberechtigten
bzw. des/der mündigen Minderjährigen (ab 14. LJ)