

IMPF - Einwilligungserklärung

Name:

SV.Nr: Geb. Datum:

Straße:

PLZ: Ort:

Tel.Nr.: E-Mail:

Schule/Klasse:.....

Gewicht:..... Größe:.....

Mein Kind bekommt in der **MS/NMS/Gymnasium** folgende Impfung:
Bitte ankreuzen

- HPV Gardasil 9 Impfung, 1. oder 2. Teilimpfung
- Hepatitis B Impfung bis zum 15. Lebensjahr

War Ihr Kind in den letzten 4 Wochen krank?

(z.B. Grippe, Fieber, Operation, ...)

Ja Nein

Welche?

Wurden in den letzten 4 Wochen (Allergie-) Impfungen durchgeführt?

Ja Nein

Welche?

Hat Ihr Kind schwere oder chronische Vorerkrankungen?

Ja Nein

Welche?

Leidet Ihr Kind an einer Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung? Ja Nein

Welche?

Nimmt Ihr Kind derzeit oder ständig Medikamente? Ja Nein

Welche?

Blutverdünnende Medikamente:

Immunsupprimierende Medikamente:

Bekommt Ihr Kind derzeit eine Chemo- oder Strahlentherapie? Ja Nein

Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Immunglobuline erhalten? Ja Nein

Leidet Ihr Kind an Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

(z.B. Hühnereiweiß, Formaldehyd, Antibiotika, PEG/Polysorbate, Latex, Gelatine, ...)

.....

Traten nach bisher erhaltenen Impfungen Beschwerden auf? Ja Nein

(z.B. allerg. Schock, Hautausschlag, Atemnot, Schwellung von Gesicht/Hals/Zunge, ...)

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt über die Impfung und das Einverständnisformular sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit, mich über die geplante Impfung zu informieren und mich aufklären zu lassen.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch, bzw. hatte ich die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen. Meine Angaben sind richtig, ich habe nichts verschwiegen. Ich bin mit der Impfung einverstanden.

Ich bin mit der Datenübermittlung zum Zweck der Verrechnung und Dokumentation mit einem EDV-Programm einverstanden. Allgemeine Informationen der mir zustehenden Rechte nach DSGVO Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 (DSGVO).

Information der betroffenen Person gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und gemäß § 43 Datenschutzgesetz (DSG).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Email Adresse in die Grazer Impfdatenbank aufgenommen wird und ich mögliche Informationen über Impfungen erhalten kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift Kund:in
Erziehungsberechtigte:r
bzw. mündig Minderjährige:r (ab 14. LJ)