

Einverständniserklärung Gripeschutzimpfung

Die echte Grippe ist eine der bedeutendsten viralen Infektionskrankheiten. Sie wird durch Tröpfcheninfektion übertragen. Nach wenigen Stunden bis drei Tagen können rasch einsetzendes Fieber, allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf-/Muskel- und Gliederschmerzen, Schnupfen, Husten, Halsentzündung und eine allgemeine Kreislaufschwäche auftreten. Bei Vorerkrankungen sind Komplikationen häufig.

Impfschema:

Die Gripeschutzimpfung ist eine jährliche Impfung.

Der Impfschutz beginnt frühestens nach einer Woche und ist nach zwei Wochen vollständig. Die Schutzdauer besteht für mindestens sechs bis zwölf Monate.

Die Impfung wird mit einem inaktivierten, gut verträglichen Virusimpfstoff durchgeführt. Detaillierte Angaben zur Erkrankung/Vorbeugung/Impfstoff entnehmen Sie bitte der aufliegenden Gebrauchsinformation. Für weitere Fragen steht Ihnen die Impfärztin/der Impfarzt sehr gerne zur Verfügung.

Nicht geimpft werden dürfen Personen mit akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen sowie mit Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe des Impfstoffes.

Da kurzfristige Impfreaktionen nicht ausgeschlossen werden können, bitten wir Sie, **nach der Impfung für 15 bis 30 Minuten im Warteraum** zur Beobachtung zu verbleiben.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Besteht derzeit ein akuter fieberhafter Infekt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Besteht derzeit eine akut behandlungsbedürftige oder chronische Erkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Liegt eine bekannte Allergie vor insbesondere auf Hühnereiweiß? Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, welche?.....

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haben Sie eine vermehrte Blutungsneigung angeboren oder erworben durch Medikamente wie Marcoumar, Sintrom, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Ich hatte die Möglichkeit der Einsicht in die Gebrauchsinformation des verwendeten Impfstoffes.

Ich habe die Informationen erhalten, verstanden und stimme mit meiner Unterschrift der Schutzimpfung und elektronischen Datenerfassung zu. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und Art. 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter www.ooegkk.at

Familiename, Vorname (bitte in Blockschrift):	Versicherungsnummer			
Adresse:	Nummer	Tag	Monat	Jahr
Ihr Sozialversicherungsträger:				
Zutreffendes bitte ankreuzen:				
<input type="checkbox"/> Erwerbstätiger	<input type="checkbox"/> Erwerbstätig/Angehöriger	<input type="checkbox"/> Pensionist	<input type="checkbox"/> Pensionist/Angehöriger	
<input type="checkbox"/> Fremdkasse	<input type="checkbox"/> Asylwerber/Asylberechtigter			

..... Datum

..... Unterschrift