

BARCODE

# IMPFBOGEN

## SCHUTZIMPfung INFLUENZA – Organisationen

### DATEN PATIENTIN/PATIENT

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Familienname</b>	<b>Vorname</b>	<b>Titel</b>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <b>w</b> <input type="checkbox"/> <b>m</b>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)</b>		<b>Sozialversicherungsnummer (SVNR)</b>

**Adresse (PLZ, Ort, Straße/Hausnummer)**

**Name der/des Erziehungsberechtigten**

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE UNTENSTEHENDEN FRAGEN (Zutreffendes ankreuzen)		ja	nein
1	Traten bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen auf?		
2	Besteht derzeit oder bestand in den letzten 2 Wochen Fieber? Bestehen derzeit andere Symptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?		
3	Besteht eine Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, welche?		
4	Falls derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe durchgeführt wird: Wann war die letzte Verabreichung? Wann ist die nächste Verabreichung geplant?		
5	Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrrschwäche/Immunerkrankung? Wenn ja, welche?		
6	Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt?		
7	Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankungen, Blutgerinnungsstörung) vor? - Wenn ja, welche?		

BITTE WENDEN



**Stadt  
Wien**

Gesundheitsdienst

Stand: 26.8.2020  
MA 15 – SD19096 - 032020

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE UNTENSTEHENDEN FRAGEN (Zutreffendes ankreuzen)		ja	nein
8	Wurde vor kurzem eine eingreifende Behandlung (z.B. Operation) durchgeführt?		
9	Liegt eine chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks vor? Traten schon einmal epileptische Anfälle auf?		
10	Besteht eine Schwangerschaft?		
11	Erfolgte in den letzten 6 Monaten eine Verabreichung von Blut, Blutprodukten, Immunglobulinen? Wenn ja, wann?		
12	Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung? Wenn ja, welche und wann?		

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information(en) und Gebrauchsinformation(en) zu dem (den) markierten Impfstoff(en) erhalten habe. Ich wurde über die Zusammensetzung des jeweiligen Impfstoffs, sowie bekannte Gegenanzeigen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung(en) aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Ärztin/dem Arzt zu besprechen, und habe dazu keine weiteren Fragen und stimme der (den) Impfung(en) zu.

Ich möchte die kostenlose Impfung in Anspruch nehmen und stimme der Weiterleitung meiner obigen Patientendaten zum Zwecke der Kostenübernahme und Dokumentation an den Gesundheitsdienst der Stadt Wien zu.

*Bitte erst nach erfolgter ärztlicher Beratung unterschreiben.*

Datum

Unterschrift der zu impfenden Person oder der/des Erziehungsberechtigten

Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin/des Arztes.

↓ Von der Ärztin/vom Arzt auszufüllen ↓

Vereinbarter und verwendeter Impfstoff (bitte ankreuzen):

- Flud
  Flucelvax tetra
  Influvac tetra
  Vaxigrip tetra  
 Fluenz tetra

Impfstelle

Chargennummer

Raum für ärztliche Anmerkungen

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes



Stadt  
Wien

Gesundheitsdienst

Stand: 26.8.2020  
MA 15 - SD19096 - 032020