

Information über die Gripeschutzimpfung

Die Grippe ist eine Virusinfektion, die jede Altersgruppe treffen kann. Sie verursacht Fieber, Schüttelfrost, Husten und Muskelschmerzen. In der Regel verläuft die Grippe mild, es kann aber auch zu schweren Krankheitsverläufen und zu Todesfällen kommen.

Anwendungsgebiet der Gripeschutzimpfung

Die Impfung dient der Vorbeugung und dem Schutz vor der echten Virusgrippe. Sie ist jedem, der sich schützen will, zu empfehlen.

Besonders empfohlen ist die Impfung für

- Alle Personen mit erhöhter Gefährdung infolge eines Grundleidens (chronische Lungen-, Herz-, Kreislaufkrankungen außer Hypertonie, Erkrankungen der Nieren, neurologische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten einschließlich Diabetes mellitus und Immundefekten)
- Schwangere und Frauen, die während der Influenzasaison schwanger werden wollen
- Kinder ab dem 7. Lebensmonat bis 4 Jahre
- Personen > 50 Jahren und insbesondere ab 65 Jahren
- Kinder/Jugendliche ab dem 7. Lebensmonat bis 18 Jahren unter Langzeit-Aspirintherapie (Verhütung eines Reye Syndroms)
- Stark übergewichtige Personen (BMI \geq 40)
- Betreuungspersonen (z. B. in Spitälern, Altersheimen und im Haushalt) und Haushaltskontakte von Risikogruppen (kleine oder kranke Kinder, ältere Personen, Personen der zuvor genannten Gruppen)
- Personen aus Gesundheitsberufen
- Personen mit häufigem Publikumskontakt.

Impfschutz

Die Impfung soll wegen der großen Veränderungsreife des Virus jährlich erneuert werden. Der Impfschutz wird in der Regel innerhalb von 2 bis 3 Wochen nach der Impfung erreicht, ist individuell unterschiedlich und beträgt im Allgemeinen jedoch zumindest 6 bis 12 Monate. Bei abgeschwächter körperlicher Abwehr kann der Impferfolg beeinträchtigt sein. Die Impfung ist auch **während der Grippezeit** noch sinnvoll, solange der Impfling noch nicht angesteckt worden ist bzw. selbst noch keine Krankheitszeichen aufweist.

Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

Weitere Infos finden Sie im web: www.bmg.gv.at – „Impfungen“.

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch.

Sie finden umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich und beantwortet weitere Fragen.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem Impfarzt / der Impfärztin oder dem Gesundheitsamt gemeldet werden!

Ihre Daten werden zum Zwecke der Verrechnung und Dokumentation elektronisch verarbeitet und streng vertraulich behandelt.

Kontaktinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 - 62234 Dr. Martina Terkl, Amtsärztin

Ärztliche Anmerkungen:



Einwilligung zur Gripeschutzimpfung

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>								
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>				
Sozialversichert bei:	T T M M J J									
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:										
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)										

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Sind bei einer früheren Impfung ernste Nebenwirkungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt – speziell gegen Hühnereiweiß ?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht beim Impfling eine chronische Erkrankung , Immunschwäche, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Nimmt der Impfling regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich bestätige, dass ich die beiliegende Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde dort über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Kontraindikationen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Mir wurde die Gelegenheit geboten, offene Fragen mit der Ärztin / dem Arzt zu besprechen: Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt.

Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

HINWEIS:

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Zustimmungserklärung eines Elternteiles bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.