

## IMPF - Einwilligungserklärung

für die Auffrischungsimpfung mit MMRvaxPro® gegen Masern-Mumps-Röteln  
(Fragen/Antworten beziehen sich immer auf den Impfling)

Bitte in **Blockschrift** ausfüllen und Zutreffendes  ankreuzen!

Familienname.....Vorname.....geb. am.....

Sozialvers.Nr.:.....wohnhaft :.....

Tel. Nr.der Eltern/Erziehungsberechtigten .....

Schule:....., Klasse:.....

1. **War in den letzten 4 Wochen eine ärztliche Untersuchung, Behandlung oder Operation notwendig :**

JA

NEIN

Wegen:.....

2. **Es werden/wurden folgende Medikamente, Spritzen, Impfungen oder sonstige Therapien verabreicht:**

JA

NEIN

welche?:.....

3. **Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit?** (z.B Ei od Hühnereiweiß, Hereditäre Fructoseintoleranz, Sorbitol, Natriumphosphat, Kaliumphosphat, Saccharose, hydrolysierte Gelatine, Natriumglutamat, Neomycin, Phenolrot, Natriumhydrogencarbonat, Salzsäure, Natriumhydroxid, **oder andere**.....)

JA

NEIN

worauf?.....

4. **Gab es Reaktionen auf frühere Impfungen?** (z.B. Fieber  $\geq 38,5^\circ$ , Blutungsneigung, allergische oder Überempfindlichkeitsreaktionen mit: Hautausschlag, Schwellung von Gesicht, Zunge oder Kehle, Atemnot, Blutdruckabfall oder Kollaps; neurologische Störungen wie: Nervenentzündungen, Lähmungen, Erkrankung des Gehirns, Krampfanfälle; **oder andere** .....)

JA

NEIN

welche?.....

5. **Es liegen sonstige gesundheitliche Einschränkungen, Vorerkrankungen oder Auffälligkeiten vor:**

JA

NEIN

welche?.....

6. **Besteht eine Schwangerschaft:**

JA

NEIN

7. **Größe** ..... **Gewicht** .....

Ich habe das Informationsblatt gelesen, hatte die Möglichkeit mich auch im Rahmen eines persönlichen Gespräches zu informieren und aufklären zu lassen, habe alles verstanden und keine weiteren Fragen. Meine Angaben sind richtig, ich habe nichts verschwiegen und bin mit der Impfung meines Kindes einverstanden. Ich stimme zu, dass meine Personalien bzw. die Personalien meines Kindes (Name, Geb.-Datum, Adresse), die Angaben über die Impfung (Art, Datum) in der Impfdatenbank des Landes Steiermark/Stadt Graz automationsunterstützt verarbeitet werden. Angaben über Krankheiten und medizinische Indikationen werden in der Steiermärkischen Impfdatenbank nicht gespeichert. Ich stimme zu, dass Ärzte/Innen im Anlassfall in der Impfdatenbank des Landes Steiermark nachsehen können, welche Impfungen mein Kind bekommen hat.

Graz, am .....

.....  
Unterschrift des mündigen Minderjährigen bzw. der/des  
Erziehungsberechtigten

Anmerkung des Impfarztes/ der Impfärztin:

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Impfarzt/Impfärztin