

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 ist jedem, der sich schützen will, zu empfehlen.

Besonders dringlich empfohlen ist die Impfung für

- alle Personen mit erhöhter Gefährdung infolge einer chronischen Erkrankung (chron. Lungen-, Herz-, Kreislaufkrankungen (außer Hypertonie), Erkrankungen der Nieren, neurologische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten einschließlich Zuckerkrankheit, sowie Immundefekten),
- Schwangere und Frauen, die während der Influenzasaison schwanger werden wollen,
- Kinder ab dem vollendeten 6. Lebensmonat,
- Personen im Umfeld von Neugeborenen,
- Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr,
- Kinder/Jugendliche ab dem 7. Lebensmonat bis zu 18 Jahren unter Langzeit-Aspirin-Therapie (Verhütung eines Reye Syndroms),
- stark übergewichtige Personen ($BMI \geq 40$),
- Personen mit HIV-Infektion oder anderen immunsuppressiven Erkrankungen,
- 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,
- als Reiseimpfung.

Impfschutz

Die Impfung wirkt laut Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation gegen vier Virusstämme. Sie soll wegen der großen Veränderungsfreudigkeit 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 und eine Impfbroschüre finden Sie im web: www.ktn.gv.at/impfen .

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 impfenden Arzt / der impfenden Ärztin bzw. dem Gesundheitsamt gemeldet werden.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 30 Minuten an der Impfstelle zu verweilen.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 - 62236

Einwilligung zur Gripeschutzimpfung

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>														
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						
Sozialversichert bei:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>		T	T	M	M	J	J								
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 7 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt, – speziell gegen Hühnereiweiß, Neomycin, Formaldehyd oder Octoxynol-9? (in Spuren enthalten in Vaxigrip ®)? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Besteht bei der zu impfenden Person eine chronische Erkrankung z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Ist die zu impfende Person schwanger ? (In diesem Fall ist die Impfung besonders empfohlen!) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Gripeschutzimpfung sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung sowie der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.

Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Verwendeter Impfstoff: Vaxigrip tetra

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

Ärztliche Anmerkungen: