

Vor- und Nachname: _____






Adresse: _____

Laufnummer 4 Stellen Geb. Datum 6 Stellen (Tag, Monat, Jahr)







Versicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Um alle für Ihre Impfung erforderlichen Daten dokumentiert zu haben, ersuchen wir Sie, nachstehend angeführte Fragen durchzulesen und Zutreffendes anzukreuzen!

	Ich bin bei der Steiermärkischen GKK versichert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ich habe bereits eine Grundimmunisierung erhalten*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ich habe schon einmal eine Auffrischungsimpfung erhalten*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	(*siehe Information auf der Rückseite!)		
	Meine letzte FSME-Impfung war im Jahr _____		
	Ich bin über 60 Jahre alt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ich fühle mich derzeit gesund	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wir bitten Sie um Verständnis, dass Sie, wenn eine der nachstehenden Fragen mit Ja beantwortet ist, eventuell nicht von uns geimpft werden können!

	Neigen Sie zu Impfreaktionen? Wenn ja, welcher Art waren diese Reaktionen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Leiden Sie an einer schweren Allergie? Wenn ja, welche Allergie(n) haben Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Haben Sie derzeit einen Infekt? Wenn ja, um welchen Infekt handelt es sich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente ein? (zB Marcoumar, Sintrom) Wenn ja, wie heißen diese Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenbiss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Sind Sie schwanger? Befinden Sie sich gerade in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

FSME – Impf – Information

- ☼ Wir weisen darauf hin, dass die Wirkung des FSME-Impfstoffes darin besteht, ausreichend hohe FSME-Antikörpertiter aufzubauen, die einen Schutz gegen das FSME-Virus gewährleisten. Eine Immunisierung mit dem FSME-Impfstoff bietet keinen Schutz gegen die ähnlich verlaufende und durch Bakterien hervorgerufene „Borreliose“.

- ☼ **Grundimmunisierung:**

Die **1. Teilimpfung** sollte in der kalten Jahreszeit verabreicht werden. Vor der **2. Teilimpfung** – die innerhalb eines Monats nach der 1. Teilimpfung erfolgen soll – besteht die Gefahr, dass bei einem Zeckenbiss eine FSME-Erkrankung zum Ausbruch kommen kann. Nach der 2. Teilimpfung betrug der Impfschutz in klinischen Studien 97%. Dieser Impfschutz hält ein Jahr. Ein Jahr nach der 2. Teilimpfung erreicht man mit der **3. Teilimpfung** einen nahezu 100%-igen Schutz.

- ☼ **3 Jahre** nach der Grundimmunisierung (3. Teilimpfung) soll die **1. Auffrischungsimpfung** erfolgen.
- ☼ **Jede weitere Auffrischungsimpfung** ist für Personen **bis zum 60. Lebensjahr** nach Empfehlung des Impfausschusses des Obersten Sanitätsrates **alle 5 Jahre** ausreichend. **Ab dem 60. Lebensjahr** wird empfohlen, ein Auffrischungsintervall von **3 Jahren** einzuhalten, da mit fortschreitendem Alter das Ausmaß sowie die Dauer des Impfschutzes abnehmen.
- ☼ Wir empfehlen Ihnen, sich am Impftag zu schonen und jegliche sportliche Betätigung sowie körperliche Anstrengung zu vermeiden!
- ☼ Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass vereinzelt leichte Impfreaktionen wie z. B. leichte lokale Hautrötungen, ein mäßiger Temperaturanstieg oder kurzzeitiges Unwohlsein auftreten können.
(In den meisten Fällen harmlos, sodass ein Arztbesuch nicht notwendig ist)
- ☼ Wir weisen weiters darauf hin, dass in seltenen Fällen bei ALLERGIKERN innerhalb von 15 bis 20 Minuten nach der Impfung eine Impfreaktion auftreten kann.
Sie können sich in einem solchen Fall gleich an unseren Impfarzt wenden.
- ☼ Für zeitlich später auftretende Beschwerden bitten wir Sie umgehend einen Arzt (z. B. Ihren Hausarzt) aufzusuchen!
- ☼ Auf Wunsch wird Ihnen gerne der Beipacktext mitgegeben!
- ☼ Kinder werden erst ab dem vollendeten 6. Lebensjahr geimpft!
- ☼ Kinder unter 14 Jahren müssen eine Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten mitbringen, wenn sie ohne Begleitperson zur Impfung kommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben auf der Vorderseite richtig sind und ich über die Impfung und mögliche damit in Zusammenhang stehende Risiken aufgeklärt wurde und mit der Impfung einverstanden bin.

Datum: _____

Unterschrift*: _____

* Bei Kindern von 6 – 14 Jahren ist die Unterschrift des Erziehungsberechtigten unbedingt erforderlich!