

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für **ERWACHSENE** zur **SCHUTZIMPfung** gegen



Bitte beachten Sie, dass nur dann eine Bearbeitung gewährleistet werden kann, wenn der Fragebogen vollständig ausgefüllt ist.

(<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ja	Nein
Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie 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"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Allergie (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer schweren oder chronischen Erkrankung ? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle) Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine Schwangerschaft bei Frauen besteht, bitte ankreuzen !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden - Danke!

Vor- und Familienname des Impflings:						männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	divers. <input type="checkbox"/>			
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card des Impflings:											
		S	V	N	R	T	T	M	M	J	J
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)											
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			3. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			Auffrischung: <input type="checkbox"/>		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationen über die Erkrankung** und die **Gebrauchsinformation (liegen auf!)** zum Impfstoff gelesen habe. Ich hatte dort die Möglichkeit, mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren und habe diese Informationen verstanden.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch, bzw. hatte ich Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen.

Wenn Sie die **Möglichkeit eines persönlichen Gespräches** mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, sich dazu an den Impfarzt/die Impfärztin zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Ich bin einverstanden mit der Durchführung der Schutzimpfung.

<p>Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten entsprechend der untenstehenden Datenschutzinformation einverstanden. Ein Widerruf der Einwilligung ist jederzeit möglich.</p> <p>..... Datum, Unterschrift zu impfenden Person</p>
--

Hinweise:

- Diese Impfung wird vom Bundesministerium für Gesundheit empfohlen.
- Informationen zu Impfungen: BM für Gesundheit, www.bmg.gv.at, unter Prävention > Impfen, Österreichischer Impfplan
- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte den Impfarzt/die Impfärztin.

Datenschutzinfo:

Die von Ihnen zum Zweck der Durchführung der oben angeführten Schutzimpfung/en bekanntgegebenen Daten werden

- im Rahmen unserer gesetzlichen Verpflichtung an andere Verwaltungseinheiten weitergegeben.
- im Magistrat der Stadt Villach über einen Zeitraum von 30 Jahren gespeichert.

Sie haben das Recht, von der Stadt Villach Auskunft über Ihre verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten, sowie die Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Weiters haben Sie im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen das Recht auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch gegen die Verarbeitung.

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt, können Sie Beschwerde bei der Datenschutzbehörde erheben.

Sie sind zur Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten nicht verpflichtet. Wenn Sie uns die notwendigen Daten nicht bekanntgeben, kann die gewünschte Schutzimpfung nicht durchgeführt werden.

Noch Fragen? Bitte gerne!

Weitere Auskünfte zum Datenschutz erhalten Sie von Ihrem/r zuständigen Sachbearbeiter/in und von den Datenschutzbeauftragten der Stadt Villach, Rathaus, 9500 Villach, Tel. 04242-205-1100, E-Mail datenschutz@villach.at.

Ärztliche Anmerkungen: