

# IMPF - Einwilligungserklärung

für die

## Impfung mit Gardasil® 9

9-valenter humaner Papillomvirusimpfstoff ( Typen 6,11,16,18,31,33,45,52 und 58)

(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. gegen diverse Medikamente, Aluminiumhydroxyphosphatsulfat, Natriumchlorid, Natriumborat, Polysorbat 80 oder Histidin **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** .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt über die Impfung und das Einverständnisformular sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit, mich über die geplante Impfung zu informieren und mich aufklären zu lassen.

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.

Meine Angaben sind richtig, ich habe nichts verschwiegen. Ich bin mit der Impfung für mein Kind einverstanden.

Ich stimme zu, dass meine Personalien bzw. die Personalien meines Kindes (Name, Geb-Datum, Adresse), die Angaben über die Impfung (Art, Datum) sowie die Daten über den Schulbesuch (Schule, Schulstufe, Klasse) in der Impfdatenbank des Landes Steiermark automationsunterstützt verarbeitet werden.

Angaben über Krankheiten und medizinische Indikationen werden nicht verarbeitet.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass mein(e) behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Anlassfall in der Impfdatenbank des Landes Steiermark nachsehen kann, welche Impfungen ich bzw. mein Kind bekommen habe/hat. Allgemeine Informationen der mir zustehenden Rechte nach DSGVO unter <https://datenschutz.stmk.gv.at>

....., am .....

.....  
Unterschrift des mündigen Minderjährigen(ab 14. LJ) bzw. des Erziehungsberechtigten

Anmerkung des Impfarztes/ der Impfärztin:

---

Datum

Unterschrift Impfarzt/Impfärztin