

# FSME-Schutzimpfung

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen für Erwachsene

## Stadt Wels

### Dienststelle Gesundheitsdienst

Rot-Kreuz-Straße 3, 4600 Wels

E-Mail: gd@wels.gv.at

Fax: +43 7242 235-3990

Rückfragen an:

Frau Gabriele Podskalsky, Tel.: +43 7242 235-3920

Eingangsstempel

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. wählen Sie Zutreffendes aus.

**Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand / Impfstatus ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin / dem Impfarzt ersucht.**

Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (**Impfausweis, Impfkarte**) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

## 1. Schutzimpfung

### 1.1 Schutzimpfung gegen FSME (FSME-IMMUN 0,5 ml)

1. Teilimpfung    2. Teilimpfung    3. Teilimpfung    1. Auffrischung nach 3 Jahren    Auffrischung

## 2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer <b>akuten Erkrankung oder Infektion?</b> (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere) Wenn ja, woran? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht bei der zu impfenden Person eine <b>Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes?</b> (siehe Gebrauchsinformation) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatte die zu impfende Person schon einmal einen <b>allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps?</b> Wenn ja, worauf? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgte bei der zu impfenden Person in den <b>letzten 4 Wochen eine andere Impfung</b> oder wird derzeit eine <b>allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung</b> durchgeführt? Wenn ja, welche und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat die zu impfende Person in den <b>letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline</b> erhalten? Wenn ja, was und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nimmt die zu impfende Person <b>blutverdünnende Medikamente</b> ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine <b>Chemotherapie</b> und / oder <b>Strahlentherapie</b> durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person <b>immunschwächende Medikamente ein</b> (z.B. Cortison)? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit <b>nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen?</b> (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber) Wenn ja, nach welcher Impfung und welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet die zu impfende Person an einer <b>schweren oder chronischen Erkrankung?</b> (z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen) Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde vor Kurzem bei der zu impfenden Person ein <b>operativer Eingriff</b> durchgeführt oder ist ein solcher geplant? Wenn ja, wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sofern eine <b>Schwangerschaft bei der zu impfenden Person</b> besteht, bitte ankreuzen! Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____	<input type="radio"/> Ja

