Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen Corona-Schutzimpfung

Bitte füllen Sie die mit * gekennzeichneten Pflichtfelder für das Impfregister jedenfalls aus.

Persönliche Daten der zu impfenden Person

Familienname*

Vorname*

Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)*

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

Geschlecht:* ◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers ◯ inter ◯ offen ◯ kein Eintrag

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen

Zutreffendes auswählen

1. Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung oder Infektion**? (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, woran?

2. Besteht eine **Allergie**? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, worauf?

3. Hatten Sie schon einmal einen **allergischen Schock**? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, worauf?

4. Wird derzeit eine **Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe** durchgeführt? ◯ Ja ◯ Nein

Wann war die letzte Verabreichung?

Wann ist die nächste Verabreichung geplant?

5. Bestanden in der Vergangenheit **nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?

6. Nehmen Sie regelmäßig **blutverdünnende Medikamente**? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche?

7. Liegen **schwere** oder **chronische Erkrankungen** (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche?

8. Wird derzeit eine **Chemo-** und/oder **Bestrahlungstherapie** durchgeführt oder nehmen Sie **immunschwächende Medikamente** ein (z. B. Cortison)? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche?

9. Ist ein **operativer Eingriff** geplant? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, wann?

10. Erfolgte in den **letzten 4 Wochen eine andere Impfung**? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche und wann?

11. Besteht eine **Schwangerschaft**? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Einverständniserklärung

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf den Impfstoff auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder enden. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen, Rötung und Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu Müdigkeit, Kopf-, Muskel- oder Gelenksschmerzen, Lymphknotenschwellung, Übelkeit/Erbrechen, Frösteln oder Fieber kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Zu Details wird auf die beiliegende Gebrauchsinformation verwiesen. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Schutzimpfung einverstanden bin, und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung).

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

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte oder Erwachsenenvertretung/Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Datum (TT.MM.JJJJ) | Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

Wichtige Informationen: Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie, etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin / des Arztes.
Nebenwirkungsmeldungen können von geimpften Personen / deren Angehörigen durchgeführt werden, Ihre betreuende Ärztin / Ihr betreuender Arzt und Ihre Apothekerin / Ihr Apotheker sind sogar dazu verpflichtet. Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin / Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin / Ihren Apotheker, melden Sie diese direkt online unter https://www.basg.gv.at oder kontaktieren Sie 0800 555 621.

Von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Vereinbarter Impfstoff:*

- ◯ BioNTech/Pfizer: Comirnaty
- ◯ Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna
- ◯ AstraZeneca: COVID-19 Vaccine AstraZeneca
- ◯ Sonstiger:

Impfdosis:*

- ◯ 1. Dosis
- ◯ 2. Dosis

☐ Vorbereitung durch Dritte

- ◯ Oberarm links
- ◯ Oberarm rechts

Chargennummer (LOT oder Ch.B)*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)*

Name der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes*

Name der impfenden Person (falls abweichend von verantwortlicher Ärztin / verantwortlichem Arzt)

☐ Bürgerin/Bürger nicht eindeutig identifizierbar

Unterschrift der verantwortlicher Ärztin / des verantwortliches Arztes