

INFORMATION ÜBER DIE ZECKENSCHUTZIMPfung (FSME)

Die Erkrankung und ihre Behandlung

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine Viruskrankheit des Gehirns und des Rückenmarks, welche bleibende Schäden hinterlassen kann und manchmal tödlich endet. Sie wird meist durch Zeckenstich, sehr selten auch durch nicht pasteurisierte Milch übertragen. Es gibt keine ursächliche Behandlung der Erkrankung, die Impfung ist der einzig wirksame Schutz.

Bevor es die Impfung gab, traten in Österreich jedes Jahr ca. 300 bis 700 Erkrankungsfälle auf. Die Fallzahl ist bei einer Durchimpfungsrate von etwa 85 % der Bevölkerung auf 41 (1999) – 154 (2018) bzw 110 (2019) stark zurückgegangen. Im Zeitraum von 2000 bis 2011 konnten durch die Impfung in Österreich etwa 4.000 FSME-Erkrankungen und zirka 30 Todesfälle vermieden werden.

Grundimmunisierung mit FSME-immun®: 2+1-Schema

2. Dosis nach 1-3 Monaten, 3. Dosis 5-12 Monate nach 2. Dosis

Beginn der Grundimmunisierung mit FSME-immun® im ersten Lebensjahr: 3+1-Schema

2. Dosis 1-3 Monate nach Teil 1
3. Dosis ca. 3 Monate nach Teil 2
4. Dosis 5-12 Monate nach Teil 3

Schnellimmunisierungsschema zur Grundimmunisierung:

2. Dosis nach 14 Tagen, 3. Dosis 5-12 Monate nach der 2. Impfung

Auffrischungsimpfungen

1. Auffrischung 3 Jahre nach Abschluss der Grundimmunisierung
(bzw. 12-18 Monate nach dem Schnellimmunisierungsschema mit Encepur®, einem anderen FSME-Impfstoff).

Danach Auffrischungsimpfungen bis zum vollendeten 60. Lebensjahr alle 5 Jahre, ab dem vollendeten 60. Lebensjahr alle 3 Jahre.

Auffrischungsimpfungen sollten möglichst immer VOR der Zeckensaison verabreicht werden.

Bei Versäumnis einer Impfung bzw. längeren Impfabständen wird nach 2 oder mehr Teilimpfungen diese Impfung mittels einer einzigen Dosis nachgeholt, die Grundimmunisierung muss nicht neu begonnen werden.

Nach der 1. Teilimpfung der Grundimmunisierung ist noch kein kompletter Impfschutz vorhanden!

Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

99 % aller regulär geimpften Personen sind vor Erkrankung geschützt. Die Impfung ist in Österreich allgemein empfohlen. Weitere Infos siehe www.ktn.gv.at/impfen.

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch. Sie enthält Informationen zum Impfstoff, zu den vier Krankheiten, gegen die sie schützt, weiters Anwendungshinweise sowie Informationen über Nebenwirkungen und Vorsichtsmaßnahmen.

Sie finden umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. **Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch**, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich und beantwortet weitere Fragen.

Bei schwerer Hühnereiweißallergie soll diese Impfung nur im Krankenhaus verabreicht werden.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem impfenden Arzt / der impfenden Ärztin bzw. dem Gesundheitsamt gemeldet werden.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 15 Minuten an der Impfstelle zu verweilen, bei Allergierisiko 30-60 Minuten.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

EINWILLIGUNG ZUR ZECKENSCHUTZIMPFUNG

Vor- und Familienname des Impflings:					männlich: <input type="checkbox"/>		weiblich: <input type="checkbox"/>		
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:									
Sozialversichert bei:					T T M M J J				
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:									
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)									
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			3. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>		Auffrischung: <input type="checkbox"/>	

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Ist ein Zeckenstich innerhalb der letzten vier Wochen aufgefallen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt, z. B. gegen Hühnereiweiß, Protaminsulfat, Neomycin,...
Gentamicin, Formaldehyd? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht bei der zu impfenden Person eine chronische Erkrankung z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche,
Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns
oder Rückenmarks, epileptische Anfälle?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Hatte die zu impfende Person 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"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Ist die zu impfende Person schwanger? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Zeckenschutzimpfung sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung sowie der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.

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

Impfstoff: FSME-Immun 0,5 FSME-Immun 0,25 Junior

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

Ärztliche Anmerkungen: