

INFORMATION ÜBER DIE ZECKENSCHUTZIMPfung gegen 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 durch Zeckenstich übertragen. Die FSME-Impfung wird in Österreich allgemein empfohlen.

Es gibt keine ursächliche Behandlung.

Impfschema

1. Teilimpfung
 2. Teilimpfung ein bis drei Monate danach, bei Notwendigkeit eines raschen Impfschutzes 14 Tage
 3. Teilimpfung 5 bis 12 Monate nach der 2. Teilimpfung
1. Auffrischung nach 3 Jahren, danach alle 5 Jahre für Personen bis 60 Jahre

Je nach verwendetem Impfstoff kann auch ein leicht abweichendes Impfschema gelten.

Personen ab 60 sollten sich alle drei Jahre impfen lassen, da mit zunehmendem Alter die Immunität nachlässt.

Für ungeimpfte und unvollständig immunisierte Personen nach Zeckenstich sowie bei langen Impfindervallen gibt es spezielle Empfehlungen. Fragen Sie Ihren Arzt!

Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

99 % aller regulär geimpften Personen sind vor Erkrankung geschützt. Nur durch die Impfung konnte die Krankheit weitgehend zurückgedrängt werden. Im Zeitraum von 2000 bis 2011 konnten durch die Impfung in Österreich etwa 4.000 FSME-Erkrankungen und zirka 30 Todesfälle vermieden werden.

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch. Weiters finden Sie 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.

Weitere Infos und eine Impfbroschüre finden Sie unter www.ktn.gv.at/impfen.

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.

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin/dem Arzt vor dem Impftermin mit.

Bitte den Impftermin am Kalender notieren!

Bitte Impfpass und Einwilligung am Impftag mitgeben, sonst kann nicht geimpft werden!

Versäumte Impftermine sollen ehestmöglich nachgeholt werden.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

EINWILLIGUNG ZUR ZECKENSCHUTZIMPfung

Schule	Klasse	Impftermin			
Vor- und Familienname des Kindes:		männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>		
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:					
Sozialversichert bei:		T	T	M	M
Name d. Erziehungsberechtigten:		Telefon (f. Rückfragen)			
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? ja nein
2. Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt, z. B. gegen **Hühnereiweiß**, Protaminsulfat, Neomycin, Gentamicin, Formaldehyd? Wenn ja, welche? ja nein
3. 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? ja nein
4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: ja nein
5. 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)? ja nein
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten?
Wenn ja, welche? ja nein
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten **Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten? ja nein
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**? ja nein
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen? ja nein
10. Bei Frauen: Ist die zu impfende Frau **schwanger**? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Schutzimpfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) 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 benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. 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 die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, sich dazu an das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

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

.....
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: