

IMPF - Einwilligungserklärung

für die Comirnaty Omicron XBB.1.5 (30 Mikrogramm)
für Personen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr

(Fragen/Antworten beziehen sich immer auf den Impfling)

Bitte in **Blockschrift** ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!

Familienname.....Vorname.....geb. am.....

Sozialvers.Nr.:.....wohnhafte :.....

1. **Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Fieber oder war 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?**
Saccharose, Trometamolhydrochlorid, Trometamol, Cholesterol, Colfoscerillstearat
JA NEIN
worauf?.....
4. **Es liegen sonstige gesundheitliche Einschränkungen, Vorerkrankungen oder Auffälligkeiten vor:**
JA
welche?.....
5. **Hatten Sie bereits eine Covid -19 Erkrankung?** NEIN
JA
Wann?.....
6. **Wurden Sie bereits gegen Covid 19 geimpft?** NEIN
JA
Wann?.....

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 einverstanden.

Ich bin mit der Datenübermittlung zum Zweck der Verrechnung und Dokumentation mit einem EDV-Programm einverstanden. Allgemeine Informationen der mir zustehenden Rechte nach DSGVO unter <https://datenschutz.stmk.gv.at>

....., am

.....
Unterschrift des mündigen Kunden ab dem 14..Lj bzw. der/des
Erziehungsberechtigten

Anmerkung des Impfarztes/ der Impfärztin:

—

.....
Datum

.....
Unterschrift Impfarzt/Impfärztin