Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen Corona-Schutzimpfung

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

Version 7, Stand: 10.06.2021

Persönliche Daten der zu impfenden Person – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

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. Hatten Sie bereits eine **SARS-CoV-2-Infektion** (PCR-bestätigt), **COVID-19** (PCR-bestätigt) oder **Antikörper gegen das Coronavirus** (**nur** Neutralisationstest oder Korrelat zu Neutralisationstest)? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, wann?

2. 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?

3. Hatten Sie schon einmal einen **allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps**? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, worauf?

4. Haben Sie bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten, erfolgte in den **letzten 4 Wochen eine andere Impfung**, oder wird derzeit eine **allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung** durchgeführt? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche und wann?

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. Besteht eine **Allergie auf Medikamente** oder **Inhaltsstoffe des Impfstoffs** (siehe Gebrauchsinformation)? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, wann?

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

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Einverständniserklärung – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Version 7, Stand 10.06.2021

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf COVID-19 mRNA-Impfstoffe auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen oder Schwellung bzw. häufig Rötung sowie Hautausschlag oder Nesselsucht auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu (sehr starker) Müdigkeit, Kopf-, Muskel-, Gelenksschmerzen, Gelenkssteife, Schwellung in der Achselhöhle, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schüttelfrost sowie Fieber bzw. häufig zu Hautausschlag kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 bzw. häufig bedeutet, dass bis zu 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Schwere allergische Reaktionen können auftreten. Bei Abgeschlagenheit oder Fieber sollte starke körperliche Betätigung vermieden werden. Zu Details wird auf die elektronisch zur Verfügung gestellte Gebrauchsinformation verwiesen. Auf Anfrage kann Ihnen die Gebrauchsinformation in Papierform zu Verfügung gestellt werden. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Um zu Gebrauchsinformationen der zugelassenen COVID-19 Impfstoffe zu gelangen, bitte QR Code scannen (https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe).

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 oder 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, Erwachsenenvertretung oder Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) 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 oder des Arztes.
Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen oder kontaktieren Sie 0800 555 621.

Achtung: Bitte freilassen – Nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Vereinbarter Impfstoff:*

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

Impfdosis:*

- ◯ 1. Dosis
- ◯ 2. Dosis

☐ Vorbereitung durch Dritte

- ◯ Oberarm links
- ◯ Oberarm rechts

Chargennummer (LOT oder Ch.B)*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)*

Name verantwortliche Ärztin / verantwortlicher Arzt*

Name der impfenden Person (falls abweichend)

☐ Bürgerin/Bürger nicht eindeutig identifizierbar

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes