

Information über die Schutzimpfung gegen HPV

HPV steht für Humane Papillom Viren, welche eine größere Gruppe von Viren umfasst. Die für die Erkrankung relevanten Viren werden durch direkten Schleimhautkontakt übertragen, wie durch sexuelle Kontakte oder während der Geburt von der Mutter auf das Kind.

Bestimmte Virentypen können zu infektiösen, stark wachsenden Hautveränderungen im Genitalbereich (Kondylome/Feigwarzen) führen. Andere sogenannte „Hochrisiko Typen“ sind die Ursache für die Entwicklung bösartiger Tumoren. Dazu zählen ein Großteil der Gebärmutterhals-Karzinome sowie andere Tumore sowohl im Genitalbereich als auch im Mund/Rachen Bereich. Gebärmutterhalskrebs stellt weltweit die zweithäufigste Krebsform und die dritthäufigste Krebstodesursache bei Frauen dar. Die Impfung schützt vor jenen Virustypen, die diese Erkrankungen am häufigsten verursachen.

Warum soll mit vollendetem 9. Lebensjahr geimpft werden?

Der größte Nutzen der Impfung tritt ein, wenn diese zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem noch kein Kontakt mit HPV stattgefunden hat. Also idealerweise bevor die ersten sexuellen Kontakte stattfinden. Zudem haben Untersuchungen eindeutig ergeben, dass die Impfantwort bei Kindern in dieser Altersgruppe am besten ist. Die gebildeten Antikörper können ein Eindringen der Viren in die Körperzellen und somit die Infektion optimal verhindern. Im Gegensatz zur späteren Impfung sind nur zwei (statt drei) Impfungen notwendig, um den vollen Impfschutz zu erhalten

Wann soll geimpft werden?

Die Impfung wird für alle in Österreich lebenden Mädchen und Buben in der vierten Schulstufe kostenfrei im Rahmen des bestehenden Schulimpfprogramms angeboten. Zusätzlich wird die Impfung **an öffentlichen Impfstellen der Bundesländer bei Impfbeginn vor dem 12. Geburtstag (Auffrischung jedoch spätestens bis zum 13. Geburtstag) kostenfrei** angeboten. Während der Einführungsphase können sich zusätzlich auch Jugendliche **bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (= 15. Geburtstag) zu einem günstigen Selbstkostenpreis** impfen lassen. Der Impfstoff kann bei Impfbeginn vor dem 15. Geburtstag in zwei Teilimpfungen im Mindestabstand von sechs Monaten verabreicht werden. Für ältere Impflinge gilt ein dreiteiliges Impfschema (zwei und sechs Monate nach der Erstimpfung). Die Impfung ist intramuskulär (bevorzugt im Oberarm) zu verabreichen.

Warum sollen Mädchen und Buben geimpft werden?

Die Impfung schützt vor der Entstehung eines Großteils der HPV-bedingten Krebsformen und Genitalwarzen und somit haben alle einen direkten Nutzen von der Impfung. HPV wird sowohl von Frauen als auch von Männern übertragen. Wenn sowohl Mädchen als auch Buben geimpft werden, wird die Infektionskette effektiv durchbrochen. Das führt dazu, dass die Erkrankung bzw. Erkrankungsvorstufen in der Bevölkerung generell abnehmen.

Sind Auffrischungsimpfungen notwendig?

Die bisherigen Untersuchungen geben Hinweise auf einen langanhaltenden Impfschutz. Die Dauer der Schutzwirkung wird in laufenden Studien international untersucht; derzeit ergab sich daraus noch keine Empfehlung für eine Auffrischungsimpfung.

Welche Nebenwirkungen wurden bei der HPV Impfung beobachtet?

Auch Impfungen können Nebenwirkungen haben. Diesem Informationsblatt ist die Gebrauchsinformation des Impfstoffes beigelegt, die Sie über die Zusammensetzung, mögliche Gegenanzeigen und Nebenwirkungen informiert. Bitte melden Sie alle Reaktionen und Nebenwirkungen, insbesondere auch solche, die nicht in dieser Gebrauchsinformation aufgeführt sind, unverzüglich Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt.

Ist die Vorsorgeuntersuchung „Krebsabstrich“ bei Frauen weiterhin wichtig?

Ja. Trotz Impfung wird auch weiterhin dringend angeraten, die regelmäßigen Krebsabstriche (PAP- Abstriche) durchführen zu lassen, da die Impfung vor den häufigsten und gefährlichsten aber nicht vor allen HPV-Typen schützt.

Weitere Infos siehe www.bmg.gv.at – „Impfungen“.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 15 Minuten in der Nähe des Arztes zu verweilen.

Ihre Daten werden zum Zwecke der Verrechnung und Dokumentation elektronisch verarbeitet und streng vertraulich behandelt.

Bitte den Impftermin am Kalender notieren!

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

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

Einwilligung in die Schulimpfung gegen humane Papillomviren (HPV)

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"/> <small>*Bei Erstimpfung ab dem 15. Geburtstag)</small>		

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Sind bei einer früheren Impfung ernste Nebenwirkungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist eine Allergie bekannt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht eine chronische Erkrankung , Immunschwäche,
Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Schädigung des Gehirns?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Nehmen Sie bzw das zu impfene Kind regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich bestätige, dass ich die beiliegende Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde dort über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Kontraindikationen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Mir wurde die Gelegenheit geboten, im Gesundheitsamt oder unmittelbar bei der Impfung offene Fragen mit der Ärztin / dem Arzt zu besprechen: Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt **und benötige daher kein persönliches Gespräch.**

Ich bin mit der Durchführung der HPV-Impfung mit Gardasil® einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

HINWEISE:

1. Wenn Sie die mit der Ärztin / dem Arzt **persönlich** sprechen möchten, werden Sie ersucht, diese Einverständniserklärung erst nach dem Gespräch zu unterschreiben.
2. Bei **unmündigen Minderjährigen** (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Zustimmungserklärung eines Elternteiles bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.
3. Wenn Ihr Kind kurz vor der Impfung **krank** wird, werden Sie ersucht, das der Schule oder dem Impfarzt mitzuteilen. Die Impfung kann später nachgeholt werden.

Ärztliche Anmerkungen:



(Arztstempel)