**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 oder direkt dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, <http://www.basg.gv.at/>.

**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 und eine Impfbroschüre finden Sie im web: [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at) – „Impfungen“.

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

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.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 30 Minuten an der Impfstelle zu verweilen.

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 in die Schulimpfung gegen humane Papillomviren (HPV-9)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Vor- und Familienname des Impflings:*** | | | | | | | | ***männlich:***  ❑ | | | | ***weiblich:***  ❑ | | |
| ***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:*** ❑ | ***2. Teilimpfung:*** ❑ | | | | ***(3. Teilimpfung\*:*** ❑  \*Bei Erstimpfung ab dem 15. Geburtstag) | | | | | | | | | |

## Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig! Zutreffendes ankreuzen ⌧

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer **Krankheit** bemerkt? ❑ ja ❑ nein  
    Wenn ja, welche?
2. Sind bei einer früheren Impfung **ernste** **Nebenwirkungen** aufgetreten? ❑ ja ❑ nein
3. Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt? Wenn ja, welche? ❑ ja ❑ 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? ❑ ja ❑ nein

Wenn ja, welche?

1. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein? ❑ ja ❑ nein

z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere:

1. 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
2. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten? ❑ ja ❑ nein

Wenn ja, welche?

1. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten **Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten? ❑ ja ❑ nein
2. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**? ❑ ja ❑ nein
3. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen? ❑ ja ❑ nein
4. Bei Frauen: Ist die zu impfende Frau schwanger? ❑ ja ❑ nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Schutzimpfung gegen humane Papillomviren (HPV) 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:*