# 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 Impfintervallen 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](http://www.ktn.gv.at/impfen) .

Bei schwerer Hühnereiweißallergie soll diese Impfung nur im Krankenhaus verabreicht werden.

Unerwartete Nebenwirkungen sollen dem impfenden Arzt / der impfenden Ärztin bzw. der Arzneimittelbehörde auf <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> 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:***  ❑ | | | | | ***weiblich:***  ❑ | | | |
| ***Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:***  ***Sozialversichert bei:*** | | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | | T | | T | M | | M | J | J |
| ***Name d. Erziehungsberechtigten:*** | | | | | | | ***Telefon*** *(f. Rückfragen)* | | | | | | | | |
| ***Adresse:*** *(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***1. Teilimpfung:*** ❑ | ***2. Teilimpfung:*** ❑ | ***3. Teilimpfung:*** ❑ | | | | | | | ***Auffrischung:*** ❑ | | | | | | |

## 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. 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? ❑ 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 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 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.

Sollte vor Ort keine Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin oder dem Impfarzt bestehen (z.B. bei Schulimpfungen), ersuchen wir Sie, sich bei Bedarf an das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde oder eine Ärztin / einen Arzt ihres Vertrauens zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

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 Unterschrift

*Ärztliche Anmerkungen:*