

## Information über die Schutzimpfung gegen HPV

HPV steht für Humane Papillomaviren, 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 ab 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 und wo kann 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 in allen Gesundheitsämtern Kärntens und bei den am Impfkonzert beteiligten Ärzten (siehe [www.ktn.gv.at/impfen](http://www.ktn.gv.at/impfen)) bei Impfbeginn zwischen dem 9. und dem 12. Geburtstag (**Auffrischung jedoch spätestens bis zum 13. Geburtstag**) kostenfrei angeboten. Zusätzlich können sich Jugendliche **bis zum vollendetem 15. Lebensjahr (= 15. Geburtstag) zu einem günstigen Selbstkostenpreis** am Gesundheitsamt 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 (Teil 2 nach zwei Monaten, Teil 3 mindestens sechs Monate nach der zweiten Dosis). Alle drei Dosen sollten innerhalb eines Jahres intramuskulär verabreicht werden (bevorzugt im Oberarm).

### 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 dem Gesundheitsamt.

### 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 Broschüre zu HPV finden Sie auf [www.ktn.gv.at/impfen](http://www.ktn.gv.at/impfen) .

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. 15 Minuten an der Impfstelle zu verweilen, bei Allergierisiko 30-60 Minuten.

Kontaktinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

Einwilligung in die Neunfach-Schutzimpfung gegen humane Papillomviren (HPV)

<b>Vor- und Familienname des Impflings:</b>						<b>männlich:</b> <input type="checkbox"/>		<b>weiblich:</b> <input type="checkbox"/>			
<b>Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:</b>											
<b>Sozialversichert bei:</b>						T	T	M	M		
<b>Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:</b>											
<b>Adresse:</b> (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)											
<b>1. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>			<b>2. Teilimpfung:</b> <input type="checkbox"/>			<b>3. Teilimpfung*:</b> <input type="checkbox"/>					
						*Bei Erstimpfung ab dem 15. Geburtstag					
<b>Aktion - Durch den Sachbearbeiter/die Sachbearbeiterin anzukreuzen:</b>						0,- (9-12, Teil 2 bis 13 J)		58,- (13-15, Teil 2 bis 16 Jahre)		Vollpreis (>15 Jahre)	

**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? 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? .....
4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein? .....  ja  nein  
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: .....
5. 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
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten? .....  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten **Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten? .....  ja  nein
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**? .....  ja  nein
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen? .....  ja  nein
10. Ist die zu impfende Person schwanger? .....  ja  nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Schutzimpfung mit Gardasil 9 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 hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen. 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 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: