

## Persönliche Daten der zu impfenden Person

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 innerhalb der letzten 6-8 Monate eine **COVID-19-Erkrankung, die mittels PCR bestätigt wurde?**  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. Wird derzeit eine **allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung** durchgeführt?  Ja  Nein

Wann war die letzte Verabreichung?

Wann ist die nächste Verabreichung geplant?

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

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, welche?

9. Ist ein **operativer Eingriff** geplant?  Ja  Nein

Wenn ja, wann?

10. Erfolgte in den **letzten 4 Wochen** eine **andere Impfung?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann?

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

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

## Einverständniserklärung

Vaxzevria Version 1, Stand: 09.04.2021

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf den Impfstoff auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder enden. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen, Rötung und Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu Müdigkeit, Kopf-, Muskel- oder Gelenkschmerzen, Lymphknotenschwellung, Übelkeit/Erbrechen, Frösteln oder Fieber kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Sehr seltene Blutgerinnsel, häufig an ungewöhnlichen Stellen (z. B. Hirn, Darm, Leber, Milz), wurden gleichzeitig mit einem niedrigen Blutplättchenspiegel, in einigen Fällen zusammen mit Blutungen, nach der Impfung mit Vaxzevria beobachtet. Dazu gehörten einige schwere Fälle mit Blutgerinnseln an unterschiedlichen oder ungewöhnlichen Stellen und übermäßiger Gerinnung oder Blutungen im gesamten Körper. Die meisten dieser Fälle traten innerhalb der ersten vierzehn Tage nach der Impfung auf und traten meist bei Frauen unter 60 Jahren auf. Einige Fälle hatten einen tödlichen Ausgang. Suchen Sie sofort eine Ärztin bzw. Arzt auf, wenn Sie nach der Impfung Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Beinschwellungen oder anhaltende Bauchschmerzen bekommen. Suchen Sie außerdem sofort eine Ärztin bzw. Arzt auf, wenn Sie einige Tage nach der Impfung schwere oder anhaltende Kopfschmerzen haben oder verschwommenes Sehen bei Ihnen auftritt oder wenn Sie Blutergüsse oder punktförmige runde Flecken außerhalb der Impfstelle bemerken, die nach einigen Tagen auftreten. 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. Scannen Sie diesen QR-Code für mehr Informationen zum COVID-19 Impfstoff Vaxzevria ([www.basg.gv.at](http://www.basg.gv.at)).

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 Impfregeister 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 / 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 oder Erwachsenenvertretung/Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche 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 / des Arztes.

Nebenwirkungsmeldungen können von geimpften Personen / deren Angehörigen durchgeführt werden, Ihre betreuende Ärztin / Ihr betreuender Arzt und Ihre Apothekerin / Ihr Apotheker sind sogar dazu verpflichtet. Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin / Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin / Ihren Apotheker, melden Sie diese direkt online unter <https://www.basg.gv.at> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



### Von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)\*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Vereinbarter Impfstoff:\*

AstraZeneca: Vaxzevria

Impfdosis:\*  1. Dosis

2. Dosis

Oberarm links

Oberarm rechts

Vorbereitung durch Dritte

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 verantwortliches Arztes