



## GEMEINDE REICHENAU

9565 Ebene Reichenau 80

Telefon: 04275/2180 | Fax: 04275/21810 | UID Nr. ATU25682204

E-Mail: reichenau@ktn.gde.at | Homepage: www.reichenau.gv.at

### IMPFTAG am 10. November 2021

## Gripeschutzimpfung und Corona-Schutzimpfung

### Sehr geehrte GemeindebürgerInnen!

Die Gripeschutzimpfung erhalten Sie zu folgenden Terminen:

**um 10:15 Uhr in der Volksschule Ebene Reichenau und  
um 11:00 Uhr in der Neuen Mittelschule Nockberge**

Die Kosten pro Teilimpfung (inkl. Impfstoff und Injektion) betragen € 22,--.  
Bitte **Einverständniserklärung** (Rückseite) zur Impfung mitbringen.

---

Die Corona-Schutzimpfung können Sie auch am 10. November 2021

**ab 15:00 Uhr in der Ordination von Herrn Dr. Gassler  
erhalten.**

Es ist keine Anmeldung nötig!

Die Impfung ist kostenlos und es wird der Impfstoff Biontech/Pfizer verwendet.  
Aufklärungs- und Dokumentationsbogen zur Corona-Schutzimpfung sind bei der  
Gemeinde Reichenau erhältlich!

Für die Gemeinde Reichenau:

Der Bürgermeister

Karl Lessiak e.h.

### Einwilligung zur Gripeschutzimpfung 2021/22

<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>	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>						
<b>Sozialversichert bei:</b>	T	T	M	M	J	J										
<b>Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:</b>																
<b>Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</b>																

**Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!**

**Zutreffendes ankreuzen**

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer **Krankheit** bemerkt?  
Wenn ja, welche? .....  ja  nein
2. Ist beim Impfung eine **Allergie** bekannt, – speziell gegen Hühnereiweiß, Gentamicin  
Neomycin, Formaldehyd oder Octoxynol-9? 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?  
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, Aspirin-Langzeittherapie, andere: .....  ja  nein
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?  
Wenn ja, welche? .....  ja  nein
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**? (In diesem Fall ist die Impfung besonders empfohlen!)  ja  nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Gripeschutzimpfung 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, 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.*

Verwendeter Impfstoff:  Vaxigrip Tetra

**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: +