

Bitte füllen Sie die mit * gekennzeichneten Pflichtfelder aus.

Version 6, Stand: 19.11.2021/Stadt Wien Gesundheitsdienst,

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 (PCR-bestätigt)** oder **Antikörper gegen das Coronavirus (nur Neutralisationstest oder Korrelat zu Neutralisationstest)**? 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. Haben Sie bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten? Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Ja Nein

1. Dosis:

2. Dosis:

6. 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?

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

Wenn ja, welche?

8. Liegen **schwere** oder **chronische Erkrankungen** (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmun-erkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor? Ja Nein

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, wann?

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

Wenn ja, welche und wann?

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

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Einverständniserklärung

Version 6, Stand: 19.11.2021/Stadt Wien Gesundheitsdienst

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. Zu Details wird auf die beiliegende Gebrauchsinformation verwiesen. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. **ACHTUNG: Weitere Informationen auf dem Folgeblatt.**

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>).



ACHTUNG: Weitere Informationen auf dem Folgeblatt.

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/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



Von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*



Raum für ärztliche Anmerkungen

Vereinbarter Impfstoff:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
 Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna
 AstraZeneca: COVID-19 Vaccine AstraZeneca
 Janssen: COVID-19 Vaccine Janssen
 Sonstiger:

Impfdosis:*

1. Dosis
 2. Dosis
 3. Dosis

Vorbereitung durch Dritte

- Oberarm links
 Oberarm rechts

Off-Label-Use

Weitere Dosis

Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

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 verantwortlichen Arztes

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf den Impfstoff auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen bzw. häufig Rötung und Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu starkem Müdigkeitsgefühl, Übelkeit, Kopf- und Muskelschmerzen bzw. häufig zu Gelenkschmerzen, Husten, Schüttelfrost und Fieber kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 bzw. häufig bedeutet, dass bis zu 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Schwere allergische Reaktionen können auftreten. Bei Abgeschlagenheit oder Fieber sollte starke körperliche Betätigung vermieden werden. Die Kombination von Blutgerinnseln und einem niedrigen Gehalt an „Blutplättchen“ (Zellen, die bei der Blutgerinnung helfen) im Blut wurde nach der Impfung mit COVID-19 Vaccine Janssen sehr selten beobachtet. Dies schließt schwere Fälle mit Blutgerinnseln, darunter an ungewöhnlichen Stellen (z. B. Hirn, Leber, Darm, Milz) in einigen Fällen zusammen mit Blutungen, ein. Diese Fälle traten innerhalb der ersten drei Wochen nach der Impfung und meist bei Frauen unter 60 Jahren auf. Es wurde über einen tödlichen Ausgang berichtet. Suchen Sie dringend medizinische Hilfe, wenn Sie innerhalb von 3 Wochen nach der Impfung eines der folgenden Symptome bekommen:

- Auftreten von schweren oder anhaltenden Kopfschmerzen, verschwommenem Sehen, Veränderung des Gemütszustands oder Krampfanfällen;
- Entwicklung von Kurzatmigkeit, Brustkorbschmerzen, Beinschwellungen, Beinschmerzen oder anhaltenden Bauchschmerzen;
- Feststellen ungewöhnlicher Blutergüsse auf der Haut oder punktförmiger runder Flecken außerhalb der Impfstelle.

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. Um zur Gebrauchsinformation von COVID-19 Vaccine Janssen zu gelangen, bitte QR Code scannen (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf COVID-19 mRNA-Impfstoffe auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen oder Schwellung bzw. häufig Rötung sowie Hautausschlag oder Nesselsucht auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu (sehr starker) Müdigkeit, Kopf-, Muskel-, Gelenkschmerzen, Gelenkssteife, Schwellung in der Achselhöhle, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schüttelfrost sowie Fieber bzw. häufig zu Hautausschlag kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 bzw. häufig bedeutet, dass bis zu 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Schwere allergische Reaktionen können auftreten. Myokarditis und Perikarditis wurden sehr selten berichtet. Bei Abgeschlagenheit oder Fieber sollte starke körperliche Betätigung vermieden werden. 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. Um zu Gebrauchsinformationen der zugelassenen COVID-19 Impfstoffe zu gelangen, bitte QR Code scannen (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Vaxzevria (AstraZeneca)

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf den Impfstoff auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An der Impfstelle können sehr häufig Druckempfindlichkeit, Schmerzen, Wärme, Juckreiz oder Bluterguss bzw. häufig Rötung oder Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu Müdigkeitsgefühl oder allgemeinen Unwohlsein, Schüttelfrost oder fiebrigem Gefühl, Kopfschmerzen, Muskel- oder Gelenkschmerzen, Übelkeit bzw. häufig zu Fieber, Erbrechen oder Durchfall, sowie niedrigen Blutplättchenspiegel kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 bzw. häufig bedeutet, dass bis zu 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Schwere allergische Reaktionen können auftreten. Bei Abgeschlagenheit oder Fieber sollte starke körperliche Betätigung vermieden werden. 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 drei Wochen nach der Impfung auf und traten meist bei Frauen unter 60 Jahren auf. Einige Fälle hatten einen tödlichen Ausgang. Suchen Sie sofort eine Ärztin oder einen Arzt auf, wenn bei Ihnen innerhalb von drei Wochen nach der Impfung eines der folgenden Symptome auftritt:

- starke oder anhaltende Kopfschmerzen oder verschwommenes Sehen, Verwirrtheit oder Krampfanfälle (Anfälle);
- Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Beinschwellungen, Beinschmerzen oder anhaltende Bauchschmerzen;
- ungewöhnliche Blutergüsse auf der Haut oder punktförmige runde Flecken außerhalb der Impfstelle.

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. Um zur Gebrauchsinformation des COVID-19 Impfstoffs Vaxzevria (AstraZeneca) zu gelangen, bitte QR Code scannen (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).

