

Persönliche Daten der zu impfenden Person – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Familienname*	Vorname*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)*	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht:* <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers	<input type="radio"/> inter <input type="radio"/> offen <input type="radio"/> kein Eintrag
Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die zu impfende Person

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 oder dem Arzt vor der Impfung mit. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

Zutreffendes auswählen

1. Hatten Sie bereits eine SARS-CoV-2-Infektion (PCR-bestätigt), COVID-19 (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. Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung, oder wird derzeit eine allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, welche und wann?

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. Besteht eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffs (siehe Gebrauchsinformation)? Ja Nein
Wenn ja, welche?

8. Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche?

9. Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor? Ja Nein
Wenn ja, welche?

10. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt oder nehmen Sie immunschwächende Medikamente ein (z. B. Cortison)? Ja Nein
Wenn ja, welche?

11. Ist ein operativer Eingriff geplant? Ja Nein
Wenn ja, wann?

12. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Einverständniserklärung – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Version 10, Stand: 21.10.2021

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>).



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 Impfreister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Die Anwendung von COVID-19-Impfstoffen als 3. Dosis ist derzeit teilweise noch nicht zugelassen. Die Datenlage ist zum Teil noch begrenzt und über Art und Häufigkeit von Nebenwirkungen sind noch nicht alle Informationen verfügbar. Dies gilt auch bei der Anwendung von mRNA-Impfstoffen als 2. Dosis nach Vektorimpfstoffen.

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 dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde 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 (TT.MM.JJJJ) Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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 oder des Arztes.

Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



Achtung: Bitte freilassen – Nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Vereinbarter Impfstoff:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
 Moderna: Spikevax

Impfdosis:*

1. Dosis
 2. Dosis
 3. Dosis
 weitere Dosis (off-label):

Vorbereitung durch Dritte

- Oberarm links
 Oberarm rechts

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



Ärztin für Allgemeinmedizin
Dr. Barbara Zinnebner-Seifried

Haftungsfreistellung für meine COVID-19 Schutzimpfung

Ich, geboren am, bin mir bewusst, dass es nach meiner COVID-19 Schutzimpfung, die mir Frau Doktor Barbara Zinnebner-Seifried verabreicht, zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen kann.

Mir wurde auch – vor der Impfung – ein Corona Antikörper-Test von Frau Doktor Barbara Zinnebner-Seifried empfohlen und angeboten.

In voller Kenntnis der damit verbundenen Risiken und der nicht vorhandenen Langzeitstudien der COVID-19 Schutzimpfung entbinde ich hiermit Frau Doktor Barbara Zinnebner-Seifried von allen Haftungen, Ansprüchen, Forderungen, Klagen, Sammelklagen und Klaggründen jeglicher Art, falls es nach der Impfung zu Nebenwirkungen - laut Packungsbeilage - kommt.

Aber auch bei möglichen Nebenwirkungen, die nicht in der Packungsbeilage des Impfstoffes angegeben sind (z.B.: Müdigkeit - Fatigue, Impotenz, Unfruchtbarkeit, Depression, Mattigkeit, Unruhe, Allergien, Hauterkrankungen, physische-, psychische- und neurologischen Schäden, Dauerschäden, Tot,) entbinde ich Frau Doktor Barbara Zinnebner-Seifried von allen Haftungen, Ansprüchen, Forderungen, Klagen, Sammelklagen und Klaggründen jeglicher Art.

Ich erkläre mich damit einverstanden, Frau Doktor Barbara Zinnebner-Seifried von und gegen alle Kosten, Ausgaben, Schäden, Klagen und/oder Verbindlichkeiten oder Ansprüche zu entschädigen, zu verteidigen und schadlos zu halten, die sich direkt oder indirekt mit meiner COVID-19 Schutzimpfung ergeben.

Weiters bestätige ich, dass ich über die damit verbundenen Risiken meiner COVID-19 Schutzimpfung von Frau Doktor Barbara Zinnebner-Seifried ausreichend informiert wurde, dass ich ausreichend Zeit gehabt habe, alle meine Fragen zu stellen, dass alle meine Fragen beantwortet wurden und dass ich meine freiwillige Zustimmung gebe, indem ich diese Erklärung zur Haftungsfreistellung als meine eigene freie Handlung und Tat unterzeichne, in der vollen Absicht, daran gebunden zu sein und frei von jeglicher Beeinflussung oder Einflussnahme. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Haftungsfreistellung von Frau Doktor Barbara Zinnebner-Seifried gelesen habe und ihren Inhalt verstehe.

Hofkirchen, am Unterschrift (Patient / SachwalterIn)