

Persönliche Daten der zu impfenden Person – COVID-19 Vaccine Janssen

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 bereits eine **SARS-CoV-2-Infektion** (PCR-bestätigt), **COVID-19** (PCR-bestätigt) oder

Ja Nein

Antikörper gegen das Coronavirus (nur Neutralisationstest oder Korrelat zu Neutralisationstest)?

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. Haben Sie bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten, 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. 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. Besteht eine **Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffs** (siehe Gebrauchsinformation)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

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

Ja Nein

Wenn ja, welche?

8. Liegen **schwere** oder **chronische Erkrankungen** (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, 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. Besteht eine **Schwangerschaft**?

Ja Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Einverständniserklärung – COVID-19 Vaccine Janssen

Version 1, Stand: 26.04.2021

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 bzw. häufig Rötung und Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu Müdigkeit, Übelkeit, Kopf- und Muskelschmerzen bzw. häufig zu Gelenkschmerzen, Husten, Schüttelfrost oder 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. 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 sofort eine Ärztin bzw. Arzt auf, wenn Sie schwere oder anhaltende Kopfschmerzen oder verschwommenes Sehen, unerklärliche Blutergüsse auf der Haut außerhalb der Impfstelle bemerken, die einige Tage nach der Impfung auftreten, Kurzatmigkeit, Brustkorbschmerzen, Beinschwellungen oder anhaltende Bauchschmerzen entwickeln. Informieren Sie Ihr medizinisches Fachpersonal, dass Sie vor kurzem COVID-19 Vaccine Janssen erhalten haben. Zu Details wird auf die elektronisch zur Verfügung gestellte Gebrauchsinformation verwiesen. Auf Anfrage kann Ihnen die Gebrauchsinformation in Papierform zu Verfügung gestellt werden. 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>).



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>).



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

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