# Informationen über die Gratisimpfung gegen Meningokokken ACW135Y

Die Erkrankung

wird durch Bakterien (*Neisseria meningitidis)* hervorgerufen. Sie besiedeln den Nasen-Rachen-Raum Gesunder. Die Übertragung erfolgt durch Husten und Niesen oder durch engen Körperkontakt (Küssen). Besonders gefährdet sind Säuglinge und Kleinkinder, aber auch Jugendliche. Es kann eine Blutvergiftung (oft begleitet von Hautblutungen), eine eitrige Hirnhautentzündung oder eine eitrige Bindehautentzündung auftreten. Wesentlich für den Ausgang der Erkrankung ist der rasche Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie. In Österreich wurden 2016 insgesamt 37 Erkrankungsfälle registriert, davon wurden 8 durch in diesem Impfstoff enthaltene Serotypen hervorgerufen. Fünf bis zehn Prozent der Erkrankungen enden tödlich. Wird die Krankheit überlebt, können schwere bleibende Schäden resultieren.

Die Impfung

ist in Österreich ab Beginn des 11. Lebensjahres allgemein empfohlen. Sie wird in Kärnten als Schulimpfung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst in der 6. Schulstufe, sowie in den Gesundheitsämtern und bei zahlreichen niedergelassenen Ärzten auf Wunsch vom Beginn des 12. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gratis angeboten. Ab dem 16. Lebensjahr ist sie kostenpflichtig. Sie schützt vor Erkrankungen durch den bei uns zweithäufigsten Meningokokken-Typ C sowie drei weitere seltene Serogruppen (A, W135 und Y).

Die sechste Schulstufe ist die ideale Zeit für die Impfung, da die Erkrankung bei Teenagern gehäuft auftritt. Ein vollständiger Schutz vor einer Erkrankung durch Meningokokken der oben genannten Serogruppen kann nicht garantiert werden.

Weitere Infos siehe [www.ktn.gv.at/impfen](http://www.ktn.gv.at/impfen) .

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch. Sie enthält Informationen zum Impfstoff, zu den Krankheiten, gegen die sie schützt, weiters Anwendungshinweise sowie Informationen über Nebenwirkungen und Vorsichtsmaßnahmen.

Sie finden umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich und beantwortet weitere Fragen.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem Impfarzt / der Impfärztin oder auf www.basg.gv.at gemeldet werden.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 15 Minuten an der Impfstelle zu verweilen, bei Allergierisiko 30-60 Minuten.

Ihre Daten werden zum Zwecke der Verrechnung und Dokumentation elektronisch verarbeitet und streng vertraulich behandelt.

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/dem Arzt vor dem Impftermin mit.

## Bitte den Impftermin am Kalender notieren!

## Bitte Impfpass und Einwilligung am Impftag mitgeben, sonst kann nicht geimpft werden!

## Versäumte Impftermine sollen ehestmöglich nachgeholt werden.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

# **Einwilligung zur Vierfach-Meningokokkenimpfung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Schule*** | ***Klasse*** | | | | ***Impftermin*** | | | | | | | |
| ***Vor- und Familienname des Impflings:*** | | | | | ***männlich:***  ❑ | | | | ***weiblich:***  ❑ | | | |
| **Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:**  **Sozialversichert bei:** |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | | T | T | M | | M | J | J |
| ***Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:*** | | | | | | | | | | | | |
| ***Adresse:*** *(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)* | | | | | | | | | | | | |

## Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig! Zutreffendes ankreuzen ⌧

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer **Krankheit** bemerkt? ❑ ja ❑ nein  
    Wenn ja, welche?
2. Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt?  
   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?

1. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein? ❑ ja ❑ nein

z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere:

1. 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
2. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten? ❑ ja ❑ nein

Wenn ja, welche?

1. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo**- und/oder **Bestrahlungstherapie**? ❑ ja ❑ nein
2. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. **Operation**) unterziehen? ❑ ja ❑ nein
3. Bei Frauen: Ist die zu impfende Frau **schwanger**? ❑ ja ❑ nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Schutzimpfung gegen Meningokokken ACWY 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, sich dazu an das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und 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.*

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: Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes*