

Az oltási nyilvántartás csillaggal (\*) jelölt mezőit kötelező kitölteni.

### Az immunizálandó személy személyes adatai (vagy betegcímke)

Vezetéknév\*

Utónév\*

Társadalombiztosítási szám\* (mind a 10 számjegy, ha van)

Születési dátum (NN. HH. ÉÉÉÉ.)\*

Nem\*

nő

férfi

egyéb

interszexuális

nyitott

nincs adat

### Képviselő személyes adatai (ha van ilyen)

Vezetéknév

Utónév

Cím (irányítószám, település, utca, házszám, emelet, ajtó)

Telefonszám

E-mail-cím

### Az immunizálandó személyre vonatkozóan válaszoljon az alábbi kérdésekre

Ha az immunizálandó személy a hozzájáruló nyilatkozat kitöltése és az immunizálás tényleges időpontja között megbetegedett vagy immunizáláson esett át, illetve oltást kapott, kérjük, erről az immunizálás megkezdése előtt tájékoztassa az orvost. Az immunizálás napján be kell mutatni az immunizálandó személy valamennyi oltási dokumentációját (pl. oltási könyv, oltási bizonyítvány, oltási kártya).

Jelölje be a megfelelőt

1. Szenved vagy szenvedett-e az immunizálandó személy az elmúlt 7 napban **akut megbetegedésben**

**vagy fertőzésben** (pl. láz, köhögés, megfázás, torokfájás stb.)?

Igen

Nem

Ha igen, miben?

2. Van az immunizálandó személynek **gyógyszer- vagy a gyógyászati készítmény összetevőivel szembeni**

**érzékenysége** (lásd a használati utasítást)?

Igen

Nem

Ha igen, melyekre?

3. Kapott valaha az immunizálandó személy **vérnyomáseséssel, súlyos légszomjjal vagy összeeséssel járó**

**allergiás sokkot**?

Igen

Nem

Ha igen, mitől?

4. Van az immunizálandó személyre vonatkozóan bármilyen egyéb **orvosi információ** (pl. betegségek, oltások,

terápiás kezelések, műtéti beavatkozások stb.)?

Igen

Nem

Ha igen, mi az és mikor

történt?

Az RSV elleni immunizálás után reakciók léphetnek fel, amelyek általában néhány napon belül maguktól elmúlnak. Esetenként ( $\geq 1/1000$ ,  $< 100$ ) kiütés, láz, valamint az injekció beadásának helyén egyéb reakciók (pl. fájdalom, keményedés, duzzanat) jelentkeznek. A megfigyelések szerint a monoklonális antitestek súlyos túlérzékenységi reakciókat (köztük anafilaxiát is) okozhatnak.

A gyógyászati készítmény használati utasításának megfelelő, aktuális és teljes változata e tájékoztató és dokumentációs űrlap részét képezi, és elektronikus formában, kérésre pedig kinyomtatva is rendelkezésre kell bocsátani. A szövetségi kormány, a szövetségi tartományok és a társadalombiztosítás nyilvános oltási programjaiban biztosított vakcinák és gyógyászati készítmények használatára vonatkozó utasítások a következő webhelyen érhetők el: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>. További információk és az Ausztriában érvényes, oltással kapcsolatos ajánlások megtalálhatók az osztrák Foglalkoztatási, Szociális, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Minisztérium (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) webhelyén: [www.sozialministerium.at/impfen](http://www.sozialministerium.at/impfen).



## Ha további kérdései merülnek fel, forduljon orvosához személyes konzultáció céljából, mielőtt aláírja a jelen űrlapot.

Amennyiben nincs lehetősége az orvossal való személyes konzultációra, vegye fel a kapcsolatot az illetékes járási közigazgatási hivatal egészségügyi osztályával, és csak a konzultáció után írja alá a hozzájáruló nyilatkozatot.

Aláírással igazolom az alábbiakat:

- Volt lehetőségem személyes konzultációra.
- Elolvastam és megértettem a fenti gyógyászati készítményre vonatkozó használati utasítást, vagy ezt illetően kellő tájékoztatásban részesültem. Megismertem a lehetséges mellékhatásokat és az immunizálás ellen szóló körülményeket.
- Tisztában vagyok az immunizálással járó előnyökkel és kockázatokkal, így nincs szükségem (további) orvosi konzultációra.
- Hozzájárulok az immunizálás elvégzéséhez.
- Tájékoztatást kaptam arról, hogy az oltási nyilvántartásban szereplő személyes adataim kezelése a 2012. évi egészségügyi tematikai törvénynek megfelelően történik (lásd <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Dátum (NN. HH. ÉÉÉÉ.) Képviselő aláírása (ha van ilyen)

**Fontos információk:** A gyermek biztonsága érdekében az immunizálás után 20 percig még maradjon a kezelőintézményben arra az esetre, ha valamilyen reakció (ájulás, allergia stb.) lépne fel. Ha bármilyen mellékhatást tapasztal, forduljon kezelőorvosához vagy gyógyszerészéhez, akiknek kötelező a tapasztalt mellékhatást bejelenteni. A mellékhatásokról Ön vagy hozzátartozói is küldhetnek jelentést. A bejelentési lehetőségekről további információkat online a <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> webhelyen talál vagy a +43 (0) 50 555 36600 telefonszámon kérhet.



## Figyelem: Kérjük, hagyja üresen – Ezt a részt az immunizálást végző intézmény tölti ki

Kezelőintézmény/szervezet (szerződött partner száma, ha van)\*

Hely az orvosi megjegyzéseknek

Gyermek testtömege

Alkalmazott dózis\*

- Beyfortus 50 mg oldatos injekció  
 Beyfortus 100 mg oldatos injekció

Gyártási szám (LOT vagy Ch.B)\*

Beadás dátuma (NN. HH. ÉÉÉÉ.)\*

Illetékes orvos neve\*

Az immunizálandó személy neve (ha eltér)

- Az immunizálandó személy nem azonosítható egyértelműen

Illetékes orvos aláírása