

Aşı yapılacak kişiye ilişkin kişisel bilgiler - COVID-19 mRNA aşıları

Versiyon 9, güncel tarih: 30.08.2021

Soyadı*

Adı*

Sosyal güvenlik numarası (10 karakter olarak)*

Doğum tarihi (GG.AA.YYYY)*

Cinsiyet:*

kadın

erkek

diğer

dahili

açık

bilgi yok

Adres (Posta kodu, şehir, sokak, bina numarası, kat, daire numarası)

Telefon numarası

E-posta adresi

Gerekirse yasal temsilcinin adı

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayın

İlgili olanı seçin

1. SARS-CoV-2 enfeksiyonu (PCR ile doğrulanmış), COVID-19 (PCR ile doğrulanmış) geçirdiniz mi ya da

Evet Hayır

koronavirüse karşı antikor (sadece nötralizasyon testi veya nötralizasyon testi ile korelasyon) geliştirdiniz mi?

Cevabınız evet ise, ne zaman olduğunu belirtin.

2. Son 7 gün içinde akut bir hastalık veya enfeksiyon (ör. ateş,

Evet Hayır

öksürük, nezle, boğaz ağrısı) geçirdiniz mi?

Cevabınız evet ise, ne olduğunu belirtin.

3. Hiç tansiyon düşmesi, ağır nefes darlığı veya dolaşım rahatsızlığıyla birlikte görülen alerjik bir şok

Evet Hayır

yaşadınız mı? Cevabınız evet ise, ne tür bir alerji olduğunu belirtin.

4. Son 4 hafta içinde başka bir aşı oldunuz mu ya da şu an bir alerjen immünoterapisi/hiposensitizasyon tedavisi uygulanıyor mu?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman ve hangisi olduğunu belirtin.

5. Daha öncesinde bir COVID-19 aşısı oldunuz mu? Cevabınız evet ise, ne zaman ve hangi aşı olduğunu belirtin.

Evet Hayır

1. Doz:

2. Doz:

6. Geçmişte aşı olduktan sonra herhangi bir semptom veya yan etki yaşadınız mı (kızarıklık, şişme, aşı

Evet Hayır

yerinde ağrı veya hafif ateş gibi hafif yerel reaksiyonlar hariç)?

Cevabınız evet ise, hangi aşı ve hangi etkiler olduğunu belirtin.

7. İlaçlara veya aşıların etkin maddelerine karşı alerjiniz var mı (kullanma talimatına bakın)?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangileri olduğunu belirtin.

8. Düzenli olarak kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangileri olduğunu belirtin.

9. Ciddi veya kronik rahatsızlıklarınız (ör. immün yetmezliği, kanser, otoimmün hastalığı, kronik inflamatuvar hastalıklar) var mı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangileri olduğunu belirtin.

10. Halihazırda kemoterapi ve/veya ışın tedavisi alıyor musunuz veya bağışıklığı zayıflatıcı ilaçlar (ör. kortizon) kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangileri olduğunu belirtin.

11. Cerrahi bir operasyon geçirecek misiniz?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman olduğunu belirtin.

12. Hamile misiniz?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hamileliğin kaçınıcı haftası olduğunu belirtin.

COVID-19 mRNA aşılı için bilgilendirilmiş onay formu

Versiyon 9, güncel tarih: 30.08.2021

COVID-19 aşısından sonra, genellikle COVID-19 mRNA aşılına karşı reaksiyon meydana gelmekte, bunlar birkaç gün içerisinde kendiliğinden geçmektedir. Aşı yerinde çok sık sıkça ağrı veya şişme veya sıkça kızarıklık, döküntü veya kurdeşen meydana gelebilmektedir. Buna ek olarak çok sık (çok kuvvetli) yorgunluk, baş ağrısı, kas ağrısı, eklem ağrısı, eklem sertliği, kol altında şişme, bulantı, kusma, ishal, titreme ve ateşin yanı sıra sıkça döküntü meydana gelebilmektedir. Çok sık ifadesi; aşı olan 10 kişiden en az 1'inde, sıkça ifadesi ise 10 kişiden en fazla 1'inde bu belirtilerin görüldüğü anlamına gelmektedir. Ağır alerjik reaksiyonlar meydana gelebilmektedir. Miyokardit ve perikardit çok seyrek bildirilmiştir. Çok yorgun hissediyorsanız veya ateşiniz varsa hareketli fiziksel aktivitelerden kaçınınız. Detayları elektronik olarak sunulan kullanma talimatında bulabilirsiniz. Talep edilmesi durumunda kullanma talimatı kağıt formunda da verilebilmektedir. Diğer sorularınız için doktorunuza danışın. Onaylı COVID-19 aşılına kullanma talimatlarına erişmek için QR kodunu tarayın (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



İşbu belgeyi imzalayarak:

- Belirtilen aşı maddelerinin kullanma talimatlarını okuduğumu ve anladığımı veya bunların bana yeterli şekilde açıklandığını; Olacağım aşıya ilişkin olası yan etkiler ve durumlar hakkında bilgilendirildiğimi;
- Bunun sonucunda aşının faydalarını ve risklerini yeterli derecede anladığımı ve bu sebeple de başka bir özel görüşmeye ihtiyaç duymadığımı;
- Ücretsiz koruyucu aşının tarafıma uygulanmasını kabul ettiğimi ve
- Kişisel bilgilerimin 2012 Sağlık Telematiği Yasası uyarınca aşı kayıtlarında işleme alınacağı hakkında bilgilendirildiğimi beyan ederim (bkz. <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



COVID-19 aşısının 3. dozunun uygulanmasına şu an izin verilmemektedir. Veri durumu şu an sınırlıdır ve yan etkilerin türü ve sıklığı konusunda çok az bilgi mevcuttur.

Aşı olmayı kabul ETMİYORSANIZ veya bir doktor tarafından ek bir açıklamaya ihtiyaç duyuyorsanız, bu bilgilendirilmiş onay formunu İMZALAMAYIN.

Reşit olmayanlarda (14 yaşından küçük çocuklar) veya karar verme yetisi bulunmayan kişiler için aşılama yapılacak kişinin yasal temsilcisinin (yasal vasi, yetişkin temsilcisi veya yetkili temsilci) onayı alınmalıdır. Gençler (14 yaşından büyük, reşit olmayan kişiler), karar verme yetisine sahip oldukları takdirde kendileri onay vermelidir.

Tarih (GG.AA.YYYY) Aşı yapılacak kişinin veya yasal temsilcisinin imzası

Önemli bilgiler: Olası reaksiyonlar (bulantı, bayılma, alerji vb.) meydana gelmesi durumunda, kendi güvenliğinizi için aşıdan sonra 20 dakika boyunca bir doktorun gözetimi altında kalın.

Yan etki meydana gelmesi durumunda doktorunuza veya eczacınıza danışın. Bu kişilerin şüpheli yan etkileri bildirmeleri zorunludur. Ancak yan etkiler, sizin ya da yakınlarınız tarafından da bildirilebilmektedir. Bildirim seçeneklerine ilişkin diğer bilgileri www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen adresinden online olarak bulabilir veya 0800 555 621 numaralı telefonu arayabilirsiniz.



Dikkat: Lütfen boş bırakın - Aşılama yapan kurum tarafından doldurulacaktır

Aşı yeri/kurumu (mevcut ise sözleşme kurum numarası)*

Doktor notları için alan

Kararlaştırılan aşı:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
 Moderna: Spikevax

Aşı dozu:*

1. doz
 2. doz
 ilave doz (off-label):

Üçüncü kişi tarafından hazırlandı

- Sol üst kol
 Sağ üst kol

Seri numarası (LOT veya Ch.B)*

Aşılama tarihi (GG.AA.YYYY)*

İlgili doktorun adı*

Aşı olan kişinin adı (farklı olması durumunda)

Vatandaş açıkça tanımlanamayan

İlgili doktorun imzası