

## Особисті дані вакцинованої особи. Назва вакцинації

Прізвище\*

Ім'я\*

Номер соціального страхування (усі 10 цифр)\*

Дата народження (ДД.ММ.РРРР)\*

Стать\*

жіноча

чоловіча

різна

інтерсексуал

не визначена

немає запису

Адреса (поштовий індекс, населений пункт, вулиця, номер будинку, поверх, номер квартири)

Номер телефону

Адреса електронної пошти

За необх. Ім'я законного представника

## Будь ласка, дайте відповіді на наступні питання для вакцинованої особи

Якщо у період між заповненням інформованої згоди та фактичною датою вакцинації вакцинована особа перенесла захворювання або отримала інше щеплення, повідомте про це лікаря перед вакцинацією. На прийомі для вакцинації слід пред'явити всі записи про вакцинацію (паспорт вакцинації, картку вакцинованого) вакцинованої особи.

1. Страждає чи страждала вакцинована особа протягом останніх 7 днів на **гостре захворювання або інфекцію** (наприклад, лихоманка, кашель, нежить, біль у горлі та інше)?

Вибрати вірний варіант

Так

Ні

Якщо так, на що?

2. Чи є у вакцинованої особи **алергія на медикаменти** або **компоненти вакцини** (див. інструкцію з використання)?

Так

Ні

Якщо так, на які?

3. Чи мала вакцинована особа колись **алергічний шок зі спадом кров'яного тиску, сильною задишкою** або **непритомним станом**?

Так

Ні

Якщо так, на що?

4. Чи отримала вакцинована особа протягом **останніх 4 тижнів іншу вакцину**, чи проводиться зараз **алерген-специфічна імунотерапія/гіпосенсибілізація** вакцинованої особи?

Так

Ні

Якщо так, яка та коли?

5. Чи отримувала вакцинована особа протягом **останніх 3 місяців кров, препарати крові** або **імуноглобулін**?

Так

Ні

Якщо так, що та коли?

6. Чи приймає вакцинована особа регулярно **препарати для розрідження крові**?

Так

Ні

Якщо так, які?

7. Чи проходить зараз вакцинована особа **хіміотерапію** та/або **променеви терапію** або чи приймає вакцинована особа **медикаменти, що придушують імунітет** (наприклад, Кортизон)?

Так

Ні

Якщо так, на які?

8. Чи траплялися у вакцинованої особи у минулому **скарги або побічні дії після вакцинації** (за винятком легких місцевих реакцій, таких як почервоніння, набряк, біль у місці уколу або незначне підвищення температури)?

Так

Ні

Якщо так, після якої вакцини та які?

9. Чи є у вакцинованої особи **тяжкі** або **хронічні захворювання** (наприклад, імунodefіцит, онкологічні хвороби, аутоімунні захворювання, порушення згортання крові, хронічні запальні хвороби)?

Так

Ні

Якщо так, які?

10. Чи проводилося нещодавно у вакцинованої особи **операційне втручання** або чи планується таке втручання у вакцинованої особи?

Так

Ні

Якщо так, коли?

11. Чи **вагітна** вакцинована особа?

Так

Ні

Якщо так, на якому тижні?

**Інформована згода на профілактичну вакцинацію**

Версія 1.0, стан: 13.04.2022 р.

Відповідна, актуальна та повна версія інструкції з використання вакцини є складовою частиною цього письмового роз'яснення та анкети пацієнта і надається в електронній формі, за бажанням її можна отримати у роздрукованій формі.

Інструкції з використання вакцин, що надаються у рамках безкоштовної програми з вакцинації країни, федеральних земель та міністерства соціального страхування, можна знайти на сайті:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Якщо у Вас виникнуть додаткові запитання, зверніться до свого лікаря.

Своїм підписом я підтверджую:

- що прочитав/прочитала та зрозумів/зрозуміла інструкцію з експлуатації вказаної вакцини або отримав/отримала достатні роз'яснення. Я дізнався/дізналася про можливі побічні дії та обставини, за яких не можна робити щеплення.
- що я добре розумію користь та ризики вакцинації, тому не потребую додаткової особистої бесіди,
- що я згоден/згодна на проведення профілактичної вакцинації та
- що я проінформований/проінформована про те, що обробка моїх персональних даних у реєстрі вакцинованих передбачається за Законом про телематику в сфері охорони здоров'я 2012 р. (див. <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).

**Якщо у Вас залишилися запитання, перед підписанням цього бланку зверніться до свого лікаря.**

Якщо немає можливості на місці провести бесіду з лікарем, що проводить вакцинацію (наприклад, у разі профілактичної вакцинації), ми просимо Вас звернутися до медичної служби/відділу охорони здоров'я Вашого компетентного районного адміністративного органу та підписувати інформовану згоду тільки після проведеної бесіди.

Для неповнолітніх (дітей віком до 14 років) або недієздатних осіб необхідна згода законного представника (батьків або опікунів, дорослих представників або уповноважених на представництво пацієнтів) вакцинованої особи. Підлітки (неповнолітні старше 14 років) можуть самостійно давати згоду, якщо здатні приймати рішення.

Дата (ДД.ММ.РРРР)

Підпис вакцинованої особи або законного представника



**Важлива інформація:** У випадку можливого виникнення реакцій (нудота, непритомний стан, алергія та ін.) для власної безпеки протягом 20 хвилин після вакцинації залишайтеся поблизу лікаря.

Якщо Ви підозрюєте у себе побічні дії, зверніться до свого лікаря або фармацевта. Вони зобов'язані повідомляти про підозру побічних дій. Ви або Ваші рідні також можете повідомити про побічні дії. Інформація про варіанти повідомлення можна знайти на сайті <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> або отримати по телефону 0800 555 621.



Якщо Ви пропустили прийом на вакцинацію, слід записатися у найближчий час. Подальшу інформацію Ви знайдете у брошурі з вакцинації на або на сайті Федерального міністерства з соціальних питань, охорони здоров'я, догляду та захисту прав споживачів [www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) у рубриці «Вакцинація».

**Увага! Не заповнювати — заповнюється тільки пунктом вакцинації**

Пункт вакцинації / організація (номер контрагента, за наявності)\*

Місце для приміток лікаря

Узгоджена вакцина\*

 Підготовка третіми особами

 Ліве плече

 Праве плече

Номер партії (партія або код партії)\*

Дата вакцинації (ДД.ММ.РРРР)\*

Ім'я відповідального лікаря\*

Ім'я вакцинованої особи (якщо відрізняється)

 Громадянка/громадянин  
однозначно не визначається

Підпис відповідального лікаря