

Bitte füllen Sie die mit \* gekennzeichneten Pflichtfelder für das Impfregister jedenfalls aus.

## Persönliche Daten der zu immunisierenden Person (alternativ Patientenaufkleber)

Familienname\*

Vorname\*

Sozialversicherungsnummer\* (alle 10 Ziffern, sofern vorhanden)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)\*

Geschlecht\*  weiblich  männlich  divers

inter  offen  kein Eintrag

## Persönliche Daten der gesetzlichen Vertretung

Familienname

Vorname

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

## Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die zu immunisierende Person

Sollte die zu immunisierende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Immunisierungstermin eine Erkrankung durchgemacht oder Immunisierungen bzw. Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin oder dem Arzt vor der Immunisierung mit. Beim Immunisierungstermin sollten alle Impfaufzeichnungen (z. B. Impfpass, Impfausweis, Impfkarte) der zu immunisierenden Person vorgelegt werden.

**1. Leidet oder litt die zu immunisierende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion** (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?

Zutreffendes auswählen

Ja  Nein

Wenn ja, woran?

**2. Besteht bei der zu immunisierenden Person eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Arzneimittels** (siehe Gebrauchsinformation)?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**3. Hatte die zu immunisierende Person schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps?**

Ja  Nein

Wenn ja, worauf?

**4. Gibt es sonstige medizinische Informationen** zur zu immunisierenden Person (z. B. Erkrankungen, Impfungen, Therapien, Operationen etc.)?

Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann?

Nach der Immunisierung gegen RSV können Reaktionen auftreten, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. Gelegentlich ( $\geq 1/1\,000$ ,  $< 100$ ) kommt es zu einem Ausschlag, Fieber und Reaktionen (z.B. Schmerzen, Verhärtung, Schwellung) an der Injektionsstelle. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen, einschließlich Anaphylaxie, wurden mit monoklonalen Antikörpern beobachtet.



Die entsprechende, aktuelle und vollständige Version der Gebrauchsinformation des Arzneimittels ist Bestandteil dieses Aufklärungs- und Dokumentationsbogens und ist in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen, auf Wunsch auch in ausgedruckter Form. Gebrauchsinformationen der Impfstoffe und Arzneimittel, die in den öffentlichen Impfprogrammen des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung bereitgestellt werden, sind verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>. Weitere Informationen und die jeweils für Österreich gültigen Impfempfehlungen finden Sie auf der Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz unter: [www.sozialministerium.at/impfen](http://www.sozialministerium.at/impfen).



## Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor der Unterfertigung dieses Bogens an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt für ein persönliches Gespräch.

Sollte keine Möglichkeit eines persönlichen Gespräches mit einer Ärztin oder einem Arzt bestehen, ersuchen wir Sie, sich dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass ich die Möglichkeit einer persönlichen Aufklärung hatte.
- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Arzneimittel gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen die Immunisierung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Immunisierung ausreichend verstehe und kein (weiteres) ärztliches Gespräch benötige.
- dass ich mit der Durchführung der Immunisierung einverstanden bin.
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten im Impfregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Datum (TT.MM.JJJJ) Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

**Wichtige Informationen:** Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte mit dem Kind zur Sicherheit nach der Immunisierung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin oder des Arztes. Wenn Sie Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> oder kontaktieren Sie +43 (0) 50 555 36600.



## Achtung: Bitte freilassen – Nur von der immunisierenden Stelle auszufüllen

Verabreichende Stelle/Organisation  
(Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)\*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Körpermasse des Kindes

Verabreichte Dosierung\*

- Beyfortus 50mg Injektionslösung  
 Beyfortus 100mg Injektionslösung

Chargennummer (LOT oder Ch.B)\*

Verabreichungsdatum (TT.MM.JJJJ)\*

Name der verantwortlichen Ärztin /  
des verantwortlichen Arztes\*

Name der immunisierenden Person (falls abweichend)

- Die zu immunisierende Person ist  
nicht eindeutig identifizierbar.

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes