

Lütfen aşılama kaydı için * ile işaretlenmiş zorunlu alanları doldurun.

Aşılacak kişinin kişisel verileri (alternatif olarak hasta etiketi)

Soyadı*

Adı*

Sosyal güvenlik numarası* (10 karakter olarak, eğer mevcutsa)

Doğum tarihi (GG.AA.YYYY)*

Cinsiyet*

kadın

erkek

diğer

dahili

açık

bilgi yok

Yasal temsilcinin kişisel verileri

Soyadı

Adı

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

Telefon numarası

E-posta adresi

Lütfen aşağıdaki soruları aşılacak kişi adına cevaplayın

Aşılacak kişi, onay beyanının doldurulması ve asıl aşı randevusu arasındaki süre içinde bir hastalık geçirirse veya başka bir aşı olursa, lütfen bunu doktora aşı olmadan önce söyleyin. Aşı randevusunda aşılacak kişinin tüm aşı kayıtları (ör. aşı belgesi, aşı kimliği, aşı kartı) hazır olarak sunulmalıdır.

1. Aşılacak kişi son 7 gün içinde **akut bir hastalık veya enfeksiyon**

(ör. ateş, öksürük, nezle, boğaz ağrısı) geçirdi mi?

İlgili olanı seçin

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne olduğunu belirtin.

2. Aşılacak kişinin **ilaçlara veya ilaçların etkin maddelerine karşı alerjisi** var mı (kullanma talimatına bakın)?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hangilerinin olduğunu belirtin.

3. Aşılacak kişi hiç **tansiyon düşmesi, ağır nefes darlığı veya dolaşım rahatsızlığıyla birlikte görülen alerjik bir şok** yaşadı mı?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne tür bir alerji olduğunu belirtin.

4. Aşılama yapılacak kişi hakkında başka **tıbbi bilgiler** var mı (örneğin hastalıklar, aşılar, tedaviler, ameliyatlar vb.)?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman ve hangisi olduğunu belirtin.

RSV'ye karşı pasif aşılama için rıza beyanı

Versiyon 1.0, güncel tarih: 09.12.2024

RSV'ye karşı aşılama yapıldıktan sonra, genellikle birkaç gün içinde kendiliğinden geçen reaksiyonlar görülebilir. Bazen ($\geq 1/1.000$, < 100) enjeksiyon bölgesinde döküntü, ateş ve reaksiyonlar (örn. ağrı, sertleşme, şişme) meydana gelir. Monoklonal antikörlerle birlikte anafilaksi de dahil ciddi aşırı duyarlılık reaksiyonları görülmüştür.

İlacın kullanım bilgilerinin ilgili güncel ve eksiksiz versiyonu bu aydınlatma ve bilgilendirme metninin bir parçasıdır ve elektronik şekilde erişime açılmıştır. Talep üzerine baskı halinde de verilecektir. Ülkenin, eyaletlerin ve sosyal sigortanın ücretsiz aşı programlarında sunulan aşilar ve ilaçlar hakkındaki kullanım bilgilerini burada bulabilirsiniz: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html> Daha fazla bilgiyi ve Avusturya için geçerli aşı tavsiyelerini Sosyal İşler, Sağlık, Bakım ve Tüketici Koruma Bakanlığının www.sozialministerium.at/impfen adlı web sayfasında bulabilirsiniz.



Başka sorularınız varsa bu formu imzalamadan önce lütfen doktorunuzla kişisel bir görüşme gerçekleştirin.

Bir doktorla bir görüşme yapılması mümkün değilse, ilgili bölge yönetim dairenize bağlı sağlık hizmetlerine / sağlık kurumuna başvurmanızı ve onay beyanınızı ancak görüşme yapıldıktan sonra imzalamanızı rica ediyoruz.

İşbu belgeyi imzalayarak:

- kişisel bir bilgilendirme aldığımı;
- belirtilen ilacın talimatlarını okuduğumu ve anladığımı veya bunların bana yeterli şekilde açıklandığını; Olacağım aşıya ilişkin olası yan etkiler ve durumlar hakkında bilgilendirildimi;
- bunun sonucunda aşılanmanın faydalarını ve risklerini yeterli derecede anladığımı ve bu (başka) bir hekimle görüşmeye ihtiyaç duymadığımı;
- 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>).



Tarih (GG.AA.YYYY) Yasal temsilcinin imzası

Önemli bilgiler: Olası reaksiyonlar (bayılma, alerji vb.) meydana gelmesi durumunda, güvenlik için aşıdan sonra 20 dakika boyunca çocukla birlikte doktorun gözetimi altında kalın. Yan etkinin meydana geldiğini düşünüyorsanız 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 <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> adresinden online olarak bulabilir veya +43 (0) 50 555 36600 numaralı telefonu arayabilirsiniz.



Dikkat: Lütfen boş bırakın - Sadece aşılama yapan kurum tarafından doldurulabilir

Uygulamayı yapan yer/kurum

(mevcut ise sözleşme ortağı numarası)*

Doktor notları için alan

Çocuğun vücut kütlesi

Uygulanan doz*

- Beyfortus 50mg Enjeksiyon çözeltisi
 Beyfortus 100mg Enjeksiyon çözeltisi

Seri numarası (LOT veya Ch.B)*

Uygulama tarihi (GG.AA.YYYY)*

İlgili doktorun adı*

Aşılanan kişinin adı (farklı olması durumunda)

- Aşılanacak kişi açıkça tanımlanamıyor.

İlgili doktorun imzası