

Information über die Gripeschutzimpfung 2022/23

Die Grippe ist eine Virusinfektion, die jede Altersgruppe treffen kann. Sie verursacht Fieber, Schüttelfrost, Husten und Muskelschmerzen. In der Regel verläuft die Grippe mild, es kann aber auch zu schweren Krankheitsverläufen und zu Todesfällen kommen.

Anwendungsgebiet der Gripeschutzimpfung

Die Impfung ist jedem, der sich schützen will, zu empfehlen, **besonders dringlich empfohlen ist sie für**

- Personen mit erhöhter Gefährdung infolge chronischer Erkrankungen wie zum Beispiel bei chronischen Lungen-, Herz-, Kreislauferkrankungen, neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen der Nieren, Stoffwechselkrankheiten (auch bei gut eingestelltem Diabetes mellitus) und Immundefekten⁴
- Im Krankenhaus behandelte Personen mit erhöhter Gefährdung für Influenza-Komplikationen
- Stark übergewichtige Personen (BMI \geq 40)
- Bei HIV-Infektion oder anderen immunsuppressiven Erkrankungen
- Bei immunsuppressiven Therapien wie z.B. schwerer T-Zell- und B-Zell-Immunsuppressiva/Biologika-Therapie (z.B. Anti-CD20 AK): Impfung (2-4 Wochen vor Therapiebeginn)
- Schwangere und Frauen, die während der Influenzasaison schwanger werden wollen
- Säuglinge ab dem vollendeten 6. Lebensmonat und Kleinkinder
- Kinder/Jugendliche ab dem vollendeten 6. Lebensmonat bis zu 18 Jahren unter Langzeit-Aspirin-Therapie (Verhütung eines Reye Syndroms). Hier kein über die Nase zu verabreichender Impfstoff! (Fluenz tetra)
- Stillende und Personen im Umfeld von Neugeborenen
- Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr und noch nachdrücklicher ab dem vollendeten 65. Lebensjahr

Infektionsrisiko auf Grund von Lebensumständen oder Beruf:

- In Gemeinschaftseinrichtungen betreute Personen und Personal (z.B. Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, soziale Einrichtungen/Sozialberufe, Alten- und Pflegeheime, etc.)
- Personal des Gesundheits- und Pflegebereichs
- Personen mit häufigem Publikumskontakt (wie z.B. Personal in Tourismus und Gastronomie, Friseur- und Kosmetikbetrieben, Handel, etc.)
- Als Reiseimpfung.

Impfschutz

Kinder bis zum vollendeten neunten Lebensjahr, die noch nie gegen Grippe geimpft wurden, sollen zwei Impfungen im Mindestabstand von vier Wochen erhalten, ansonsten wird eine Impfung empfohlen. Für Personen mit schwerer Immunsuppression gelten individuelle Empfehlungen.

Die Impfung wirkt laut Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation gegen vier Virusstämme. Sie soll jährlich erneuert werden. Der Impfschutz tritt etwa innerhalb von 2 bis 3 Wochen nach der Impfung ein und hält 6 bis 12 Monate. Bei abgeschwächter körperlicher Abwehr kann der Impferfolg beeinträchtigt sein. Die Impfung ist auch **während der Grippezeit** noch sinnvoll, solange der Impfling noch keine Krankheitszeichen aufweist.

Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch. Die Impfung kann gleichzeitig mit der Schutzimpfung gegen COVID-19 verabreicht werden.

Weitere Infos und eine Impfbroschüre finden Sie im web: www.ktn.gv.at/impfen .

Sie finden umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich und beantwortet weitere Fragen.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem impfenden Arzt / der impfenden Ärztin bzw. dem Gesundheitsamt gemeldet werden.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 30 Minuten an der Impfstelle zu verweilen.

Kontaktinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

Einwilligung zur Gripeschutzimpfung 2022/23

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>														
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						
Sozialversichert bei:	T	T	M	M	J	J										
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:																
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)																

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer **Krankheit** bemerkt?
Wenn ja, welche? ja nein
2. Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt, – speziell gegen Hühnereiweiß, Gentamicin
Neomycin, Formaldehyd oder Octoxynol-9? Wenn ja, welche? ja nein
3. Besteht bei der zu impfenden Person eine **chronische Erkrankung** z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche,
Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns
oder Rückenmarks, epileptische Anfälle?
Wenn ja, welche? ja nein
4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, Aspirin-Langzeittherapie, andere: ja nein
5. Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder **Nebenwirkungen**
(mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? ja nein
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten?
Wenn ja, welche? ja nein
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten **Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten? ja nein
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**? ja nein
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen? ja nein
10. Ist die zu impfende Person **schwanger**? (In diesem Fall ist die Impfung besonders empfohlen!) ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Gripeschutzimpfung sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung sowie der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.

Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Verwendeter Impfstoff: Vaxigrip Tetra Fluarix Tetra Fluenz Tetra Fluad Tetra

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

Ärztliche Anmerkungen: