

BARCODE

Familienname (in BLOCKSCHRIFT)

Vorname (in BLOCKSCHRIFT)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

w

m

d

Sozialversicherungsnummer

Adresse (PLZ, Ort, Straße/Hausnummer)

| Bitte beantworten Sie die untenstehende Fragen (Zutreffendes ankreuzen) | | ja | nein |
|---|--|----|------|
| 1 | Traten bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen auf? | | |
| 2 | Besteht derzeit oder bestand in den letzten 2 Wochen Fieber? Bestehen derzeit andere Symptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion? | | |
| 3 | Besteht eine Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, welche? Falls derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe durchgeführt wird: Wann war die letzte Verabreichung? Wann ist die nächste Verabreichung geplant? | | |
| 4 | Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung? Wenn ja, welche? | | |
| 5 | Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Antibiotika, Blutverdünnung, Cortison) eingenommen? Wenn ja, welche? | | |
| 6 | Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt? | | |
| 7 | Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankungen, Blutgerinnungsstörung) vor? Wenn ja, welche? | | |
| 8 | Wurde vor kurzem eine eingreifende Behandlung (z.B. Operation) durchgeführt? | | |
| 9 | Liegt eine chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks vor? Traten schon einmal epileptische Anfälle auf? | | |
| 10 | Besteht eine Schwangerschaft? | | |
| 11 | Erfolgte in den letzten 6 Monaten eine Verabreichung von Blut, Blutprodukten oder Immunglobulinen? Wenn ja, wann? | | |
| 12 | Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung? Wenn ja, welche und wann? | | |
| 13 | Kam es in den letzten 4 Wochen zu einem Zeckenstich? | | |
| 14 | Nur bei COVID-Impfung auszufüllen: Wann war Ihre letzte Covid-19 Impfung/Infektion? | | |

Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der **Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin/des Arztes.**

Raum für ärztliche Anmerkungen:

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

| KOSTENPFLICHTIGE LEISTUNGEN/IMPFUNGEN | EINZELPREIS |
|---|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Impfonorar, einmalig pro Person und Impftermin | € 12,67 |
| Applikationsgebühr für mitgebrachte Impfstoffe | € 12,67 |
| Ausstellung eines Impfpass-Duplikats | € 4,50 |
| Diphtherie-Tetanus (Td pur [®]) | € 17,88 |
| Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten (Boostrix [®]) | € 40,39 |
| Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Polio (Repevax [®]) | € 47,70 |
| <input checked="" type="checkbox"/> FSME (FSME Immun [®]) mit Zuschuss, Erwachsene und Kinder | € 28,25 |
| <input checked="" type="checkbox"/> FSME (FSME Immun [®]) ohne Zuschuss, Erwachsene und Kinder | € 32,75 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis A (Havrix [®] 1440) - ab dem 15. Geburtstag | € 62,13 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis A (Havrix [®] Junior 720) - bis zum 15. Geburtstag | € 49,25 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis B (Engerix B [®] 20) - ab dem 16. Geburtstag | € 56,95 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis A und B für Erwachsene (Twinrix [®]) - ab dem 16. Geburtstag | € 91,21 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Herpes Zoster (Shingrix [®]) | € 290,49 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Humane Papilloma Viren - HPV (Gardasil 9 [®]) - ab dem 30. Geburtstag | € 233,38 |
| Impfpassduplikat mit Gelbfieber-Eintragung | € 5,08 |
| Kinderlähmung (Polio Salk Merieux [®]) - bis zum 21. Geburtstag kostenlos | € 30,93 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Meningokokken ACWY (Nimenrix [®]) | € 56,47 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pneumokokken (Polysaccharid, konjugiert PNC20, Prevenar 20 [®] – Apexxnar) | € 113,22 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pneumokokken (Polysaccharid, nicht konjugiert PPV23, Pneumovax 23 [®]) | € 45,19 |
| <input checked="" type="checkbox"/> RSV (Respiratorisches Synzytial-Virus (Abrysv [®] /Arexvy [®])) | € 220,21 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Varizellen (Varilrix [®]) | € 71,65 |

Einmaliges Impfonorar pro Person und Impftermin von € 12,67: Bei mehreren impfonorarpflichtigen Impfungen am selben Tag wird das Impfonorar in der Höhe von € 12,67 nur einmal verrechnet.

Einmaliges Impfonorar pro Person und Impftermin von € 12,67 wird nur für Personen nach dem 15. Geburtstag verrechnet: Bei mehreren impfonorarpflichtigen Impfungen am selben Tag wird das Impfonorar in der Höhe von € 12,67 nur einmal verrechnet.

| KOSTENLOSE LEISTUNGEN/IMPFUNGEN | |
|--|--------|
| Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Kinderlähmung (Repevax [®]) - bis zum 15. Geburtstag | € 0,00 |
| Diphtherie-Tetanus-Kinderlähmung-Keuchhusten-HiB-HepatitisB (Infanrix Hexa [®] /Hexyon [®]) - bis Ende 36. Lbm. | € 0,00 |
| Hepatitis B (HBVaxPro [®] 5) - bis zum 15. Geburtstag | € 0,00 |
| Humane Papillomaviren - HPV (Gardasil 9 [®]) - vom 9. bis zum 30. Geburtstag | € 0,00 |
| Kinderlähmung (Polio-Salk Mérieux [®]) - bis zum 21. Geburtstag | € 0,00 |
| Masern-Mumps-Röteln (MMRvaxPro [®]) - ab dem vollendeten 9. Lebensmonat | € 0,00 |
| Meningokokken ACWY (Nimenrix [®]) - vom 10. bis zum 13. Geburtstag | € 0,00 |
| Pneumokokken (PCN15, Vaxneuvance [®]) - bis zum 2. Geburtstag, Risikokinder bis Ende 5. LJ | € 0,00 |
| Mpox (Jynneos [®]) | € 0,00 |
| COVID-Impfungen | € 0,00 |
| Grippe-Schutzimpfung - Influenza | € 0,00 |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information(en) und Gebrauchsinformation(en) zu dem (den) markierten Impfstoff(en) erhalten habe. Ich wurde über die Zusammensetzung des jeweiligen Impfstoffs, sowie bekannte Gegenanzeigen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung(en) aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der*dem Ärzt*in zu besprechen, und habe dazu keine weiteren Fragen und stimme der (den) Impfung(en) zu. Ich bestätige weiters, dass ich von der*dem Impfarzt*in ausführlich über die möglichen Gefahren einer Lebendimpfung gegen Masern-Mumps-Röteln (M-M-RvaxPro[®]) während einer Schwangerschaft aufgeklärt wurde. Ich wurde auch informiert, dass bis 1 Monat nach der Impfung eine Schwangerschaft verhütet werden soll (wenn nicht zutreffend streichen).

Ich stimme der Weitergabe der Daten an die Krankenkasse bei Inanspruchnahme des Kostenzuschusses bei einer FSME-Impfung zu.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten gemäß der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet werden. Nähere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter impfservice.wien/datenschutzerklaerung

Name und Geburtsdatum
der*des Erziehungsberechtigten

Datum und Unterschrift der zu impfenden Person oder
der* des Erziehungsberechtigten **nach erfolgter ärztlicher Beratung**