

## Persönliche Daten der zu impfenden Person – Vaxzevria (AstraZeneca)

Familienname\*

Vorname\*

Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)\*

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)\*

Geschlecht:\*  weiblich  männlich  divers

inter  offen  kein Eintrag

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

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung

## Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen

Zutreffendes auswählen

1. Hatten Sie bereits eine **SARS-CoV-2-Infektion** (PCR-bestätigt), **COVID-19** (PCR-bestätigt) oder **Antikörper gegen das Coronavirus** (nur Neutralisationstest oder Korrelat zu Neutralisationstest)?

Ja  Nein

Wenn ja, wann?

2. Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung oder Infektion** (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?

Ja  Nein

Wenn ja, woran?

3. Hatten Sie schon einmal einen **allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps**?

Ja  Nein

Wenn ja, worauf?

4. Haben Sie bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten, erfolgte in den **letzten 4 Wochen eine andere Impfung**, oder wird derzeit eine **allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung** durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann?

5. Bestanden in der Vergangenheit **nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen**, wie z.B. Thrombose mit Thrombozytopenie-Syndrom (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)?

Ja  Nein

Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?

6. Besteht eine **Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffs** (siehe Gebrauchsinformation)?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

7. Nehmen Sie regelmäßig **blutverdünnende Medikamente**?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

8. Liegen **schwere** oder **chronische Erkrankungen** (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen, Kapillarlecksyndrom) vor?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

9. Wird derzeit eine **Chemo- und/oder Strahlentherapie** durchgeführt oder nehmen Sie **immunschwächende Medikamente** ein (z. B. Cortison)?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

10. Ist ein **operativer Eingriff** geplant?

Ja  Nein

Wenn ja, wann?

11. Besteht eine **Schwangerschaft**?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

## Einverständniserklärung – Vaxzevria (AstraZeneca)

Version 4.2, Stand: 04.03.2022

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf den Impfstoff auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An der Impfstelle können sehr häufig Druckempfindlichkeit, Schmerzen, Wärme, Juckreiz oder Bluterguss bzw. häufig Rötung oder Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu Müdigkeitsgefühl oder allgemeinem Unwohlsein, Schüttelfrost oder fiebrigem Gefühl, Kopfschmerzen, Muskel- oder Gelenkschmerzen, Übelkeit bzw. häufig zu Fieber, Erbrechen oder Durchfall, sowie niedrigen Blutplättchenspiegel kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 bzw. häufig bedeutet, dass bis zu 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Schwere allergische Reaktionen können auftreten. Nach der Impfung wird drei Tage körperliche Schonung empfohlen, sowie Sportkarenz für eine Woche. In sehr seltenen Fällen wurde das Kapillarlecksyndrom nach einer Impfung beobachtet. Sehr seltene Blutgerinnsel, häufig an ungewöhnlichen Stellen (z. B. Hirn, Darm, Leber, Milz), wurden gleichzeitig mit einem niedrigen Blutplättchenspiegel, in einigen Fällen zusammen mit Blutungen, nach der Impfung mit Vaxzevria beobachtet. Dazu gehörten einige schwere Fälle mit Blutgerinnseln an unterschiedlichen oder ungewöhnlichen Stellen und übermäßiger Gerinnung oder Blutungen im gesamten Körper. Die meisten dieser Fälle traten innerhalb der ersten drei Wochen nach der Impfung auf und traten meist bei Frauen unter 60 Jahren auf. Einige Fälle hatten einen tödlichen Ausgang. Suchen Sie sofort eine Ärztin oder einen Arzt auf, wenn bei Ihnen innerhalb von drei Wochen nach der Impfung eines der folgenden Symptome auftritt:

- starke oder anhaltende Kopfschmerzen oder verschwommenes Sehen, Verwirrtheit oder Krampfanfälle (Anfälle);
- Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Beinschwellungen, Beinschmerzen oder anhaltende Bauchschmerzen;
- ungewöhnliche Blutergüsse auf der Haut oder punktförmige runde Flecken außerhalb der Impfstelle.



Zu Details wird auf die elektronisch zur Verfügung gestellte Gebrauchsinformation verwiesen. Auf Anfrage kann Ihnen die Gebrauchsinformation in Papierform zu Verfügung gestellt werden. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Um zur Gebrauchsinformation des COVID-19 Impfstoffs Vaxzevria (AstraZeneca) zu gelangen, bitte QR Code scannen (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Schutzimpfung einverstanden bin und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfreister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



**Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor der Unterfertigung dieses Bogens an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin.**

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte, Erwachsenenvertretung oder Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) müssen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Datum (TT.MM.JJJJ)      Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

**Wichtige Informationen:** Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin oder des Arztes. Wenn Sie bei sich 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 0800 555 621.



### Achtung: Bitte freilassen – Nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)\*

Raum für ärztliche Anmerkungen

1. Impfung     2. Impfung     Oberarm links     Oberarm rechts     Vorbereitung durch Dritte

Chargennummer (LOT oder Ch.B)\*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)\*

Name verantwortliche Ärztin / verantwortlicher Arzt\*

Name der impfenden Person (falls abweichend)

Bürgerin/Bürger  
nicht eindeutig identifizierbar

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes