

# MITTEILUNGSBLATT

## Gemeinde OSSIACH



Tel.: 04243 2246 Fax: 04243 8763 E-Mail: [ossiach@ktn.gde.at](mailto:ossiach@ktn.gde.at) Homepage: [www.ossiach.at](http://www.ossiach.at)

### GRIPPESCHUTZIMPFUNG

Die Gemeinde Ossiach teilt mit, dass am

**Montag, dem 14. Oktober 2013**  
**um 9.30 Uhr**  
**in der Volksschule Ossiach**

die Möglichkeit zur Gripeschutzimpfung besteht.  
Die Kosten für die Impfung betragen inklusive Impfstoff und Impfung € 9,00.

**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.

Die Impfung dient der Vorbeugung und dem Schutz vor der echten Virusgrippe. Sie ist jedem, der sich schützen will, zu empfehlen.

#### Impfschutz

Die Impfung soll wegen der großen Veränderungsfähigkeit des Virus jährlich erneuert werden. Der Impfschutz wird in der Regel innerhalb von 2 bis 3 Wochen nach der Impfung erreicht, ist individuell unterschiedlich und beträgt im Allgemeinen jedoch zumindest 6 bis 12 Monate. Bei abgeschwächter körperlicher Abwehr kann der Impferfolg beeinträchtigt sein.

Aus organisatorischen Gründen bitten wir Sie, die beiliegende Einverständniserklärung vollständig auszufüllen und zur Impfung mitzubringen.

Mit freundlichen Grüßen  
Der Bürgermeister

Johann Huber

## Einwilligung zur Gripeschutzimpfung

Vor- und Familienname des Impflings:					männlich: <input type="checkbox"/>		weiblich: <input type="checkbox"/>	
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:								
Sozialversichert bei:					T	T	M	M
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:								
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)								

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen 

- Haben Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt? .....  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
- Sind bei einer früheren Impfung ernste **Nebenwirkungen** aufgetreten?  ja  nein
- Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt – speziell gegen **Hühnereiweiß**?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
- Besteht beim Impfling eine **chronische Erkrankung**, Immunschwäche, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
- Nimmt der Impfling regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere:

Ich bestätige, dass ich die beiliegende Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde dort über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Kontraindikationen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Mir wurde die Gelegenheit geboten, offene Fragen mit der Ärztin / dem Arzt zu besprechen: Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt.

**Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.**

Datum

Unterschrift

**HINWEIS:**

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Zustimmungserklärung eines Elternteiles bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.