

Merkblatt Impfungen



Impfungen leisten in verschiedenen Bereichen einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung schwerer Erkrankungen. So konnten in den vergangenen Jahrzehnten Erkrankungen wie Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Diphtherie oder Tuberkulose beinahe ausgerottet werden. Dennoch ist die Beibehaltung des Impfschutzes von Nöten, weshalb auch die Bediensteten der Stadtgemeinde Laakirchen vom Arbeitsmediziner gegen ausgewählte Krankheitserreger geimpft werden. Zum Teil übernimmt dabei die Stadtgemeinde und/oder die zuständige Krankenkasse Teile bzw. die gesamten Kosten.

Allgemeine Nebenwirkungen

Rötung bzw. Schwellung an der Einstichstelle, leichtes „Ziehen“ des geimpften Körperteils, Fieberreaktion, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen. Bei Unverträglichkeit kann es zu allergischen Reaktionen, in schweren Fällen sogar zum allergischen Schock kommen.

Gegenanzeigen

Nicht geimpft werden dürfen Personen mit fieberhaften Erkrankungen oder akuten Infektionen sowie mit Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe des Impfstoffs.

Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich mit der Speicherung und weiteren Verwendung meiner gesundheits- und personenbezogenen Daten durch Personalvertretung und Arbeitsmediziner/in sowie der Datenübermittlung an die zuständige Krankenkasse einverstanden und entbinde den/die Arbeitsmediziner/in hinsichtlich der Impfungen einschließlich allfälligen Titer-Kontrollen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte Formular ausfüllen und unterschreiben:

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Besteht eine Störung des Immunsystems durch Erkrankung oder Therapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bisherige Impfungen gut vertragen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht derzeit Fieber oder ein akuter Infekt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine bekannte Allergie vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie das Medikament „Sintrom“, „Marcoumar“ oder Cortison?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über mögliche Impfnebenwirkungen und Gegenanzeigen aufgeklärt wurde und keine weiteren Fragen habe.

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------	----------------------

Vom Arbeitsmediziner auszufüllen:

Anz.	Serum	Teil
	Twinrix (Hep. A+B)	
	Havrix (Hep. A)	
	Engerix (Hep. B)	
	Revaxis (Dipht.-Tetanus)	

Anz.	Serum	Teil
	Encepur / FSME-Immune	
	Influenza	
	Priorix	
	Titer (Hep A / B / AB / FSME)	