



Zahl: 512-0/2019/K/R

13.03.2019

AMTLICHE MITTEILUNG

FSME-Impfaktion

Seitens des Gesundheitsamtes der Bezirkshauptmannschaft Spittal an der Drau wird in unserer Gemeinde eine FSME - Impfaktion angeboten. Für die Bevölkerung von Bad Kleinkirchheim besteht die Möglichkeit zur Impfung am

Mittwoch, 27. März 2019, um 11:30 Uhr im Sitzungssaal des Gemeindeamtes.

Kosten:

für Versicherte der Kärntner Gebietskrankenkasse:	Erwachsene	€ 23,00
	Kinder/Jugendliche bis 16 Jahre	€ 19,00

für Versicherte aller anderen Krankenkassen:	Erwachsene	€ 27,00
	Kinder/Jugendliche bis 16 Jahre	€ 23,00

Diese Personen bekommen auf Antrag (wird bei der Impfung ausgestellt) den entsprechenden Kostenbeitrag von ihrer Sozialversicherungsanstalt refundiert.

Informationen über die Zeckenschutzimpfung (FSME)

Die Erkrankung und ihre Behandlung:

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine Viruserkrankung des Gehirns und des Rückenmarks, welche bleibende Schäden hinterlassen kann und manchmal tödlich endet. Sie wird meist durch Zeckenstich, sehr selten auch durch nicht pasteurisierte Milch übertragen. Es gibt keine ursächliche Behandlung der Erkrankung, die Impfung ist der einzig wirksame Schutz. 99 % aller regulär geimpften Personen sind vor Erkrankung geschützt. Die Impfung ist in Österreich allgemein empfohlen.

Impfschemata

Grundimmunisierung mit FSME-immun[®]:

2. Dosis nach 1-3 Monaten, 3. Dosis 5-12 Monate nach 2. Dosis

Schnellimmunisierungsschema zur Grundimmunisierung:

2. Dosis nach 14 Tagen, 3. Dosis 5-12 Monate nach der 2. Impfung

Auffrischungsimpfungen

1. Auffrischung 3 Jahre nach Abschluss der Grundimmunisierung (bzw. 12-18 Monate nach dem Schnellimmunisierungsschema mit Encepur[®], einem anderen FSME-Impfstoff).

Danach Auffrischungsimpfungen bis zum vollendeten 60. Lebensjahr alle 5 Jahre, ab dem vollendeten 60. Lebensjahr alle 3 Jahre.

Auffrischungsimpfungen sollten möglichst immer VOR der Zeckensaison verabreicht werden.

Bei Versäumnis einer Impfung bzw. längeren Impfabständen wird nach 2 oder mehr Teilimpfungen diese Impfung mittels einer einzigen Dosis nachgeholt, die Grundimmunisierung muss nicht neu begonnen werden.

Nach der 1. Teilimpfung der Grundimmunisierung ist noch kein kompletter Impfschutz vorhanden!

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.

Bei schwerer Hühnereiweißallergie soll diese Impfung nur im Krankenhaus verabreicht werden.

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

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 15 Minuten an der Impfstelle zu verweilen, bei Allergierisiko 30-60 Minuten.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 – 62236 Infos im Web: www.ktn.gv.at/impfen

Zur Impfung sind mitzubringen: ecard und Einverständniserklärung ([siehe Rückseite](#))

Genauere Informationen zur Zeckenimpfung und weitere Einverständniserklärungen liegen im Gemeindeamt auf.

Mit gesundheitlichen Grüßen!

Der Bürgermeister:

Matthias Krenn e.h.

EINWILLIGUNG ZUR ZECKENSCHUTZIMPfung

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 J J						
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:											
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)											
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			3. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>			Auffrischung: <input type="checkbox"/>		

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 2. Ist ein Zeckenstich innerhalb der letzten vier Wochen aufgefallen? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 3. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt, z. B. gegen Hühnereiweiß, Protaminsulfat, Neomycin, Gentamicin, Formaldehyd? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 4. 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? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 5. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 6. 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)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 7. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 8. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 9. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 10. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 11. Ist die zu impfende Person schwanger? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

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

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin/dem Impfarzt zu besprechen. 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 mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Impfstoff: FSME-Immun 0,5 FSME-Immun 0,25 Junior

..... 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: