

Information über die Hepatitis B Impfung für Kinder (HBVAXPRO 5®)

Erkrankung, Epidemiologie und Bedeutung

Das hochinfektiöse Hepatitis B-Virus (HBV) gehört weltweit zu den häufigsten viralen Infektionserregern des Menschen. Es wird über Blut oder blutigen Kontakt, aber auch über andere Körperflüssigkeiten und sexuell übertragen sowie während des Geburtsvorganges von der infizierten Mutter auf das Neugeborene (Hauptübertragungsrouten in Ländern mit hoher HBV Inzidenz). Während bei den Neugeborenen die HBV-Infektion in 90% einen chronischen Verlauf nimmt, ist das bei Erwachsenen nur in weniger als 5% der Fall.

Die Inkubationszeit beträgt etwa 75 (30-180) Tage. Die Infektion kann (abhängig u.a. vom Alter und der Infektionsdosis) subklinisch verlaufen, zu akuter Hepatitis oder fortschreitender chronischer Leberentzündung bis zur Leberzirrhose führen, wobei letztere mit einer deutlich eingeschränkten Lebenserwartung und einem erhöhten Risiko für Leberzellkarzinom einhergeht.

Die Impfung

Die von der Weltgesundheitsorganisation weltweit empfohlene Impfung wird in Österreich im Säuglings- und im Schulalter gratis angeboten. Nach der Grundimmunisierung im Säuglings- bzw. Kleinkindalter ist eine Auffrischungsimpfung ab dem vollendeten 6. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr empfohlen. Bei fehlender Grundimmunisierung soll die Hepatitis B-Immunsierung spätestens mit Pflichtschulaustritt durchgeführt werden, da das Infektionsrisiko ab diesem Alter wieder steigt. Für Erwachsene, die einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, gelten spezielle Empfehlungen.

Weitere Infos finden Sie im web: www.bmg.gv.at – Impfungen.

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch. Weiters finden Sie umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen.

Verhalten nach der Impfung

Am Tag der Impfung sollten körperliche Anstrengungen sowie Baden/Schwimmen vermieden werden. Nach erfolgter Impfung sollten Sie für ca. 30 Minuten im Wartezimmer verbleiben.

Bitte informieren Sie den Impfarzt, wenn ernst zu nehmende Nebenwirkungen auftreten.

**Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei
der Nutzen-Risikoabwägung behilflich.**

Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen Hepatitis B

1. Ist der Impfling derzeit gesund? NEIN JA
2. Hatte der Impfling bereits einmal nach einer Impfung eine allergische Reaktion oder andere Nebenwirkungen? JA NEIN
 Wenn ja, welche?
3. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt, insbesondere gegen Hefe, Aluminiumhydroxyphosphat, Latex? JA NEIN
 Wenn ja, welche?
4. Leidet der Impfling an einer Krebserkrankung, Leukämie oder an einer Autoimmunerkrankung? Wird eine Chemotherapie durchgeführt? JA NEIN
5. Besteht beim Impfling eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche? JA NEIN
6. Nimmt der Impfling Medikamente ein, die die körperliche Abwehr schwächen können (z.B. Cortisonpräparate oder andere Immunsuppressiva)? JA NEIN
 Wenn ja, welche und wann?
7. Besteht beim Impfling eine Blutgerinnungsstörung? JA NEIN
 Nehmen Sie Marcoumar, Eliquis, Xarelto, Plavix, Thrombo ASS oder ähnliche Medikamente mit blutverdünnender Wirkung ein?

Bitte fragen Sie, wenn Sie noch etwas über die Schutzimpfung erfahren wollen!

Die persönliche reisemedizinische Beratung war für mich ausreichend. Ich habe das Informationsblatt und die Produktinformation gelesen, hatte ausreichend Zeit und bin informiert und aufgeklärt. Ich habe alles verstanden, habe keine weiteren Fragen und bin mit der Impfung mit

HBVAXPRO 5® Kinder

einverstanden.

Meine Angaben sind richtig. Ich habe nichts verschwiegen.

Bitte beachten Sie, dass die von Ihnen bekannt gegebenen Daten automationsunterstützt verarbeitet werden. Details zum Zweck und rechtlicher Grundlage der Verarbeitung, Ihren Rechten in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie Ihre Ansprechpartner in der Kommune zu allen datenschutzrechtlichen Belangen finden Sie unter

<https://www.klagenfurt.at/leben-in-klagenfurt/gesundheit/impfungen-und-reisemedizin.html>

und als Aushang im Amt.

<u>Vor- und Familienname des Impflings:</u>		<u>männlich:</u> <input type="checkbox"/>	<u>weiblich:</u> <input type="checkbox"/>
<u>Versicherungsnummer und Geburtsdatum:</u>		<u>Versicherungsanstalt:</u>	
<u>Adresse: (PLZ / Ort / Straße / Hausnummer)</u>			
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	3. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>	Auffrischung: <input type="checkbox"/>
<u>Unterschrift und Datum:</u>			

Keine Impfdokumente (Impfpass) vorhanden. Die Impfung erfolgt nach Aufklärung auf eigenen Wunsch