

## Information über die Influenza-Impfung (Vaxigrip Tetra® 2022/2023)

**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.

### Anwendungsgebiet der Gripeschutzimpfung

Die Impfung ist jeder Person, die sich schützen will, zu empfehlen.

Besonders dringlich empfohlen ist die Impfung bei folgenden Personengruppen:

- Personen mit erhöhter Gefährdung infolge chronischer Erkrankungen wie zum Beispiel bei chronischen Lungen-, Herz-, Kreislauferkrankungen, neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen der Nieren, Stoffwechselkrankheiten (auch bei gut eingestelltem Diabetes mellitus) und Immundefekten
- Hospitalisierte Personen mit erhöhter Gefährdung für Influenza-Komplikationen
- Stark übergewichtige Personen (BMI  $\geq$  40)
- Bei HIV-Infektion oder anderen immunsuppressiven Erkrankungen
- Bei immunsuppressiven Therapien wie z. B. schwerer T-Zell- und B-Zell-Immunsuppressiva/Biologika-Therapie (z. B. Anti-CD20 AK): Impfung (2-)4 Wochen vor Therapiebeginn
- Schwangere und Frauen, die während der Influenzasaison schwanger werden wollen
- Säuglinge ab dem vollendeten 6. Lebensmonat und Kleinkinder
- Kinder/Jugendliche ab dem vollendeten 6. Lebensmonat bis zu 18 Jahren unter Langzeit-Aspirin-Therapie (Verhütung eines Reye Syndroms). Es ist zu beachten, dass in diesem Fall eine Lebendimpfung altersunabhängig kontraindiziert ist!
- Stillende und Personen im Umfeld von Neugeborenen
- Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr und noch nachdrücklicher ab dem vollendeten 65. Lebensjahr

## **Impfstoffauswahl**

### **Kinder**

Der nasale Lebendimpfstoff (Nasenspray) ist ab dem vollendeten 24. Lebensmonat zugelassen und steht in der Saison 2022/2023 im kostenfreien Kinderimpfprogramm für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr zur Verfügung.

Bitte wenden Sie sich dafür an Ihren Kinderfacharzt.

### **Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr**

Es gibt mehrere Impfstoffe für diese Altersgruppe:

- **Eflueda:** Hochdosisimpfstoff
- **Fluad Tetra:** adjuvantierter Impfstoff, ab dem 65. Lebensjahr
- **tetravalente, inaktivierte Impfstoffe:** für alle Altersstufen

Wir verwenden im Gesundheitsamt Klagenfurt den tetravalenten inaktivierten Spaltvirus-Impfstoff Vaxigrip Tetra. Den Hochdosisimpfstoff und den adjuvantierten Impfstoff bekommen Sie in den Apotheken und bei niedergelassenen Ärzten.

### **Impfstoff, Wirkung und Nebenwirkungen**

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch.

### **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.

Am nächsten Blatt finden Sie 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**

## Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen Grippe Vaxigrip Tetra®

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer **Krankheit** bemerkt?  JA  NEIN  
Wenn ja, welche?  
.....
2. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt – speziell gegen Hühnereiweiß, Ovalbumin, Neomycin, Formaldehyd oder Octoxynol-9 (in Spuren enthalten in Vaxigrip®)?  JA  NEIN  
Wenn ja, welche?  
.....
3. Besteht bei der zu impfenden Person eine **chronische Erkrankung** z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronische Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle?  JA  NEIN  
Wenn ja, welche?  
.....
4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein?  JA  NEIN  
z.B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika,  
andere:.....
5. Hat 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)?  JA  NEIN
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten?  JA  NEIN  
Wenn ja, welche?  
.....
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten **Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten?  JA  NEIN
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**?  JA  NEIN
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen?  JA  NEIN
10. Ist die zu impfende Person **schwanger**? (In diesem Fall ist die Impfung besonders empfohlen!) Welche Schwangerschaftswoche? .....

## Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen Grippe Vaxigrip Tetra®

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Gripeschutzimpfung sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren. Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. 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 Ansprechperson 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.

*Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen. Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.*

<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:</u> (PLZ / Ort / Straße / Hausnummer)		
<u>Unterschrift und Datum:</u>		

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