
**Schutzimpfung gegen FSME für Kinder und Jugendliche an den Schulen der Stadt Wien,
organisiert vom Elternverein Ihrer Schule**

1. ANGABEN DER BZW. DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN: (⊗ Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung durchgemacht? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

2. Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

3. Ist bei Ihrem Kind eine Allergie bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

4. Hat ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? ja nein
-

5. Besteht oder bestand bei Ihrem Kind eine schwere und / oder chronische Erkrankung (z. B. Leukämie, Tumorleiden) und / oder hat es eine eingreifende Therapie (z. B. Transplantation) durchgemacht? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

6. Besteht bei Ihrem Kind eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche? ja nein
-

7. Nimmt oder nahm Ihr Kind in den letzten 6 Monaten Medikamente, die die körpereigene Abwehr schwächen, z. B. Cortison oder andere Immunsuppressiva? (Bezieht sich nicht auf Fieber-, Hustenmittel oder Antibiotika) ja nein

Wenn ja, welche und wann?

8. Hatte Ihr Kind innerhalb der letzten 4 Wochen einen Zeckenbiss? ja nein
-

9. Leidet Ihr Kind an Überempfindlichkeit gegen Hühnereiweiß? ja nein
-

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen - Danke

Familienname des Kindes	Vorname des Kindes

Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr	

Name der oder des Erziehungsberechtigten	

2. BESTÄTIGUNG

INFORMATION ZUR SCHUTZIMPfung GEGEN FSME

Ich habe das Informationsblatt zur Schutzimpfung gegen FSME (MA 15 - SD 26) erhalten, wurde dort über die Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

3. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUR SCHUTZIMPfung GEGEN FSME

Ich bin mit der Schutzimpfung meines Kindes einverstanden (⊗ Zutreffendes bitte ankreuzen)

ja

nein

Datum

Unterschrift der oder des Erziehungsberechtigten