

Persönliche Daten der zu impfenden Person – COVID-19 Vaccine Janssen

Familienname*

Vorname*

Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)*

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

Geschlecht:* weiblich männlich divers

inter offen kein Eintrag

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen

Zutreffendes auswählen

1. Hatten Sie bereits eine **SARS-CoV-2-Infektion** (PCR-bestätigt), **COVID-19** (PCR-bestätigt) oder

Ja Nein

Antikörper gegen das Coronavirus (nur Neutralisationstest oder Korrelat zu Neutralisationstest)?

Wenn ja, wann?

2. Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer **akuten Erkrankung oder Infektion** (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?

Ja Nein

Wenn ja, woran?

3. Hatten Sie schon einmal einen **allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps**?

Ja Nein

Wenn ja, worauf?

4. Haben Sie bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten, erfolgte in den **letzten 4 Wochen eine andere Impfung**, oder wird derzeit eine **allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung** durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

5. Bestanden in der Vergangenheit **nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen**, wie z.B.

Ja Nein

Thrombose mit Thrombozytopenie-Syndrom (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)?

Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?

6. Besteht eine **Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffs** (siehe Gebrauchsinformation)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

7. Nehmen Sie regelmäßig **blutverdünnende Medikamente**?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

8. Liegen **schwere** oder **chronische Erkrankungen** (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen, Kapillarlecksyndrom) vor?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

9. Wird derzeit eine **Chemo-** und/oder **Strahlentherapie** durchgeführt oder nehmen Sie **immunschwächende Medikamente** ein (z. B. Cortison)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

10. Ist ein **operativer Eingriff** geplant?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

11. Besteht eine **Schwangerschaft**?

Ja Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf den Impfstoff auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen bzw. häufig Rötung und Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu starkem Müdigkeitsgefühl, Übelkeit, Kopf- und Muskelschmerzen bzw. häufig zu Gelenkschmerzen, Husten, Schüttelfrost und Fieber kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 bzw. häufig bedeutet, dass bis zu 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Schwere allergische Reaktionen können auftreten. Nach der Impfung wird drei Tage körperliche Schonung empfohlen, sowie Sportkarenz für eine Woche. In sehr seltenen Fällen wurde das Kapillarlecksyndrom nach einer Impfung beobachtet. Die Kombination von Blutgerinnseln und einem niedrigen Gehalt an „Blutplättchen“ (Zellen, die bei der Blutgerinnung helfen) im Blut wurde nach der Impfung mit COVID-19 Vaccine Janssen sehr selten beobachtet. Dies schließt schwere Fälle mit Blutgerinnseln, darunter an ungewöhnlichen Stellen (z. B. Hirn, Leber, Darm, Milz) in einigen Fällen zusammen mit Blutungen, ein. Diese Fälle traten innerhalb der ersten drei Wochen nach der Impfung und meist bei Frauen unter 60 Jahren auf. Es wurde über einen tödlichen Ausgang berichtet. Suchen Sie dringend medizinische Hilfe, wenn Sie innerhalb von 3 Wochen nach der Impfung eines der folgenden Symptome bekommen:

- Auftreten von schweren oder anhaltenden Kopfschmerzen, verschwommenem Sehen, Veränderung des Gemütszustands oder Krampfanfällen;
- Entwicklung von Kurzatmigkeit, Brustkorbschmerzen, Beinschwellungen, Beinschmerzen oder anhaltenden Bauchschmerzen;
- Feststellen ungewöhnlicher Blutergüsse auf der Haut oder punktförmiger runder Flecken außerhalb der Impfstelle.

Zu Details wird auf die elektronisch zur Verfügung gestellte Gebrauchsinformation verwiesen. Auf Anfrage kann Ihnen die Gebrauchsinformation in Papierform zu Verfügung gestellt werden. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Um zur Gebrauchsinformation von COVID-19 Vaccine Janssen zu gelangen, bitte QR Code scannen (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Schutzimpfung einverstanden bin und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfreister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



COVID-19 Vaccine Janssen hat eine Zulassung für Personen ab 18 Jahren als 1. Impfung und als 2. Impfung mindestens 2 Monate nach der 1. Impfung mit COVID-19 Vaccine Janssen. Weiters als 3. Impfung mindestens 6 Monate nach der 2. Impfung mit 2 gleichen mRNA-Impfstoffen. Anwendungen darüber hinaus sind derzeit noch nicht zugelassen. **Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor der Unterfertigung dieses Bogens an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin.** Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte, Erwachsenenvertretung, Vorsorgebevollmächtigte) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) müssen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Datum (TT.MM.JJJJ)	Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

Wichtige Informationen: Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin oder des Arztes. Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



Achtung: Bitte freilassen – nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*	Raum für ärztliche Anmerkungen
<input type="radio"/> 1. Impfung <input type="radio"/> 2. Impfung <input type="radio"/> 3. Impfung <input type="radio"/> weitere Impfung (off-label): <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vorbereitung durch Dritte <input type="radio"/> Oberarm links <input type="radio"/> Oberarm rechts
Chargennummer (LOT oder Ch.B)*	Impfdatum (TT.MM.JJJJ)*
Name verantwortliche Ärztin / verantwortlicher Arzt*	Name der impfenden Person (falls abweichend)
<input type="checkbox"/> Bürgerin/Bürger nicht eindeutig identifizierbar	Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>