

FORMBLATT FÜR ÖFFENTLICHE IMPFUNGEN DURCH AMTSÄRZTINNEN
DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG NACH DER DSGVO SOWIE
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN/ ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN/DES IMPFLINGS
MIT DER DURCHFÜHRUNG DER HUMANEN PAPILLOMA VIRUS –IMPfung (HPV-IMPfung)
MIT GARDASIL 9® IN DER SCHULE

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname: ev. früherer Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>	
vollständige Wohnadresse:		
Name der oder des Erziehungsberechtigten:		

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG NACH DER DSGVO

Sie/Ihr Kind nehmen/nimmt mit dieser Gratis-Impfung im Rahmen der IMPFAKTION TIROL eine kostenlose Serviceleistung des Landes Tirol im öffentlichen Interesse in Anspruch. Dabei wird zur Einsparung von Zeit und Wege für die Eltern die Impfung ihrer Kinder an den Schulen angeboten.

Mit der Erteilung der Einwilligung zur Verarbeitung der unten angeführten Daten unterstützen Sie die Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Sie können verschiedene Serviceleistungen wie beispielsweise im Verlustfall eine neuerliche Impfpassausstellung in Anspruch nehmen.

Ich willige ausdrücklich in die **VERARBEITUNG** der in diesem Dokument angeführten Daten:

- Identifikationsdaten und Adressdaten des Impflings (Name, früherer Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse)
- Daten über Obsorgeberechtigte (Name, Adresse)
- Daten über die durchgeführten Impfungen (Impfname, Impfcharge, Impfdatum, Anzahl der Impfung)

durch das Land Tirol (Amt der Tiroler Landesregierung/ Gesundheitsreferate der Tiroler Bezirkshauptmannschaften - Datenschutzbeauftragter: Dr. Norbert Habel, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck, E-Mail: datschutzbeauftragter@tirol.gv.at) zu folgenden Zwecken ein:

- personenbezogene Impfdokumentation durch Einpflege der Daten in die Tiroler Impfdatenbank durch die Gesundheitsreferate/Landessanitätsdirektion
- Erstellung eines individuellen eigenen Impfpasses auf Basis einer legitimierten Anfrage der betroffenen Person
- Abfragemöglichkeit für den amtsärztlichen Dienst im Falle des Auftretens einer meldepflichtigen Erkrankung, deren weitere Ausbreitung durch Impfen verhinderbar ist, ob bei Kontaktpersonen entsprechende Impfungen bereits bestehen (auch bezirksübergreifend)
- Abfragemöglichkeit, welche Personen mit welcher Charge eines Impfstoffes geimpft wurden, für allenfalls erforderliche Produkthinweise
- bezirks-/tirolweite statistische Auswertungen aller dokumentierten Impfungen durch die Gesundheitsreferate oder der Landessanitätsdirektion in anonymisierter Form

Die persönlichen Daten der Datenbank werden 30 Jahre aufbewahrt und infolge anonymisiert.

Ihre Daten werden keinesfalls an andere Personen als jene der Tiroler Gesundheitsreferate und der Landessanitätsdirektion weitergegeben.

Die vom Land Tirol erhobenen Daten unterliegen dem Amtsgeheimnis.

Bei Nichtzustimmung zur Datenverarbeitung Ihrer persönlichen Daten bzw. der Daten des Kindes kann dennoch eine Gratis-Impfung bezogen werden. Ihre Daten werden dann lediglich dem jedenfalls erforderlichen Nachweis der erbrachten amtsärztlichen Leistung verwendet, **analog** dokumentiert und 30 Jahre aufbewahrt.

Die gegebene Einwilligung kann jederzeit formlos per E-Mail an sanitaetsdirektion@tirol.gv.at unter Angabe des Namens, Geburtsdatums und der Adresse des Impflings widerrufen werden. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Löschung und Widerspruch gegen die Verarbeitung der Daten. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht an die Datenschutzbehörde (www.dsb.gv.at).

Weitere Informationen finden Sie zur Datenschutzerklärung des Landes Tirol unter: <https://www.tirol.gv.at/buergerservice/datenschutz/>

Ich habe die Einwilligung gelesen und wurde damit über die Rechtsfolgen aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Zustimmungden (ab dem 14. Geburtstag)
bzw.
Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Formblatt für Schulimpfungen

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN/
ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN/DES IMPFLINGS**

mit der Durchführung der Humanen Papilloma Virus –Impfung (HPV-Impfung)
mit Gardasil 9® in der Schule

Fragen zur Gesundheitssituation Ihres Kindes/des Impflings

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

1. Ist Ihr Kind derzeit gesund/fieberfrei? ja nein
(Ist das Kind zum Zeitpunkt der Impfung in der Schule, aber ist/war in den letzten 14 Tagen akut krank und ist eine Impfung nicht erwünscht, wird um eine entsprechende formlose Mitteilung an die Schule gebeten)
2. Hat der Impfling in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
Wenn ja, welche? _____
3. Leidet der Impfling an einer Blutungsneigung (Hämophilie) oder einer Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)? ja nein
4. Ist bei Ihrem Kind eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. gegen eine HPV-Impfung) bekannt? ja nein
Wenn ja, was auf welche Impfung? _____
5. Ist bei Ihrem Kind eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung bekannt? ja nein
Wenn ja, welche bei welcher Impfung? _____
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen oder eine Ohnmacht aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
8. Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? ja nein

9. Besteht bei Ihrem Kind eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)? Wenn ja, welche? ja nein

10. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ja nein
11. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? ja nein
Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____
12. Besteht eine Jugendschwangerschaft? ja nein

**Bei den Schulimpfungen wird Ihr unmündiges Kind in Ihrer Abwesenheit geimpft.
Bitte fragen Sie Ihre/n AmtsärztIn persönlich, wenn Sie nach dem Lesen des
Aufklärungsinformationsblatts zu GARDASIL 9® noch etwas über obige Impfung erfahren wollen
oder etwas unklar bleibt.**

**Wählen Sie für die Kontaktaufnahme das Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft/des Stadtmagistrats,
das Ihrem Wohnort zugeordnet ist.**

Stadtphysikat Innsbruck, Rathaus, 6020 Innsbruck, Maria-Theresien-Straße 18 (Eingang Fallmerayerstraße 1)
Tel.: 0512/5360/1150, Fax: 0512/5360/1717, E-Mail: hpv-impfungen@magibk.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6020 Innsbruck, Gilmstraße 2
Tel.: 0512/5344/5198, Fax: 0512/5344/745005, E-Mail: bh.innsbruck@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6460 Imst, Stadtplatz 1
Tel.: 05412/6996/5331, Fax: 05412/6996/745389, E-Mail: bh.im.gesundheitswesen@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6500 Landeck, Innstraße 5
Tel.: 05442/6996/5530, Fax: 05442/6996/745535, E-Mail: bh.la.gesundheit@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6600 Reutte, Obermarkt 7
Tel.: 05672/6996/5752, Fax: 05672/6996/745625, E-Mail: bh.reutte@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6130 Schwaz, Franz-Josef-Straße 25
Tel.: 05242/6931/5963, Fax: 05242/6931/745965, E-Mail: bh.schwaz@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6330 Kufstein, Bozner Platz 1
Tel.: 05372/606/6143, Fax: 05372/606/746140, E-Mail: bh.ku.gesundheit@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 6370 Kitzbühel, Josef-Herold-Straße 10
Tel.: 05356/62131/6472, Fax: 05356/62131/746475, E-Mail: bh.kb.gesundheit@tirol.gv.at

Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft 9900 Lienz, Dolomitenstraße 3
Tel.: 04852/6633/6673, Fax: 04852/6633/746675, E-Mail: bh.lienz@tirol.gv.at

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Aufklärungsinformationen zum angewendeten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte hiermit die Möglichkeit, mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und über Nebenwirkungen der Impfung zu informieren.

Es ist mir die Gelegenheit umseitig angeboten worden, mit der/m AmtsärztIn nach Terminvereinbarung offene Fragen zu besprechen, bin aber über Nutzen und Risiko der Impfung mittels Aufklärungsinformationsblatt ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung meines Kindes in der Schule/im Gesundheitsreferat einverstanden. Diese Einwilligung gilt für die gesamte Impfserie. In der Schule werden 2 Impfungen im Abstand von 6 Monaten durchgeführt.

Bei unvollständiger Ausfüllung dieser Einwilligungserklärung kann Ihr Kind nicht geimpft werden.
Der mündige Minderjährige (einsichtig und urteilsfähig, älter als 14 Jahre) muss selbst einwilligen. Eine Zustimmung der Eltern ist nicht erforderlich.

Der **IMPFPASS** ist dem Kind zum Impftermin – der Ihnen gesondert mitgeteilt wird - mitzugeben.
Kostenlose Nachimpfungen versäumter Schulimpfungen sind nur bei Ihrer/m AmtsärztIn möglich.

Datum: _____ ; _____ oder Datum: _____ ; _____	Unterschrift der(s) Eltern/Erziehungsberechtigten (für Kinder jünger als 14 Jahre) Unterschrift des mündigen Minderjährigen (älter als 14 Jahre)
--	---

Vom Impfarzt/der Impfärztin einzutragen:

<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung*	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

Zutreffendes bitte ankreuzen

* bei erster Impfung jenseits des 15. Geburtstags 3 Teilimpfungen erforderlich

Es bestanden kein weiterer Aufklärungsbedarf

_____ Datum:

_____ Unterschrift des(r) Impfarztes/Impfärztin, Stempel

Vermerke für den Impfarzt/die Impfärztin: (persönliche Gespräche; Informationen; Erklärungen; Sachverhalte)

--