

Aşı yapılacak kişiye ilişkin kişisel bilgiler - Aşı adı

Soyadı*

Adı*

Sosyal güvenlik numarası (10 karakter olarak)*

Doğum tarihi (GG.AA.YYYY)*

Cinsiyet*

kadın

erkek

diğer

dahili

açık

bilgi yok

Adres (Posta kodu, şehir, sokak, bina numarası, kat, daire numarası)

Telefon numarası

E-posta adresi

Gerekirse yasal temsilcinin adı

Lütfen aşağıdaki soruları aşı olacak kişi adına cevaplayın

Aşı olacak kişi, onay beyanının doldurulması ve asıl aşı randevusu arasındaki süre içinde bir hastalık geçirirse veya başka bir aşı olursa, lütfen bunu doktora aşı olmadan önce söyleyin. Aşı randevusunda aşı olacak kişinin tüm aşı kayıtları (ör. aşı belgesi, aşı kimliği, aşı kartı) hazır olarak sunulmalıdır.

1. Aşı olacak kişi son 7 gün içinde **akut bir hastalık veya enfeksiyon** (ör. ateş, öksürük, nezle, boğaz ağrısı) geçirdi mi?

İlgili olanı seçin

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ne olduğunu belirtin.

2. Aşı olan kişinin **ilaçlara veya aşıların etkin maddelerine karşı alerjisi** var mı (kullanma talimatına bakın)?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangilerine karşı olduğunu belirtin.

3. Aşı olacak kişi hiç **tansiyon düşmesi, ağır nefes darlığı veya dolaşım rahatsızlığıyla birlikte görülen alerjik bir şok** yaşadı mı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ne tür bir alerji olduğunu belirtin.

4. Aşı olacak kişi **son 4 hafta içinde başka bir aşı** oldu mu ya da şu an bir **alerjen immünoterapisi/hiposensitizasyon tedavisi** görüyor mu?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman ve hangisi olduğunu belirtin.

5. Aşı olacak kişi **son 3 ay içinde kan, kan ürünleri veya immünoglobulinler** aldı mı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman ve hangisi olduğunu belirtin.

6. Aşı olacak kişi düzenli olarak **kan sulandırıcı ilaçlar** kullanıyor mu?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangilerinin olduğunu belirtin.

7. Aşı olarak kişi şu an bir **kemoterapi** ve/veya **ışın tedavisi** görüyor mu veya **bağışıklığı düşüren ilaçlar** (ör. kortizon) alıyor mu?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangilerinin olduğunu belirtin.

8. Aşı olacak kişi geçmişte **aşı olduktan sonra herhangi bir semptom veya yan etki** yaşadı mı (kızarıklık, şişme, aşı yerinde ağrı veya hafif ateş gibi hafif yerel reaksiyonlar hariç)?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangi aşı ve hangi etkiler olduğunu belirtin.

9. Aşı olacak kişide **ciddi veya kronik rahatsızlıklar** (ör. immün yetmezliği, kanser, otoimmün hastalığı, kronik inflamatuvar hastalıklar) var mı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hangilerinin olduğunu belirtin.

10. Aşı olacak kişide kısa bir süre önce bir **ameliyat** gerçekleştirildi mi veya bu tür bir müdahale planı var mı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman olduğunu belirtin.

11. Aşı olacak kişi şu an **hamile** mi?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, hamileliğin kaçınıcı haftası olduğunu belirtin.

Aşı kullanım bilgilerinin ilgili güncel ve eksiksiz versiyonu bu aydınlatma ve bilgilendirme metninin bir parçasıdır ve elektronik şekilde erişime açılmıştır. Talep üzerine baskı halinde de verilecektir.

Ülkenin, eyaletlerin ve sosyal sigortanın ücretsiz aşı programlarında sunulan aşılarda kullanılan aşıların kullanım bilgilerini burada bulabilirsiniz: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Aşı olacak kişiler için mümkün olan en iyi kanıtla dayalı tedaviyi sunabilmek amacıyla Ulusal Aşı Komitesi tarafından bazı durumlarda onay dışı aşılarda kullanılması önerilmektedir. Bir off-label uygulaması daha üst seviyede hassasiyet ve özel bilgilendirme yükümlülüğünü de beraberinde getirir.



Daha fazla bilgiyi ve Avusturya için geçerli aşı tavsiyelerini aşı broşüründe veya

Sosyal İşler, Sağlık, Bakım ve Tüketici Koruma Bakanlığının www.sozialministerium.at/impfen adlı web sayfasında bulabilirsiniz.

Başka sorularınız varsa bu formu imzalamadan önce lütfen doktorunuzla kişisel bir görüşme gerçekleştirin.

Aşırı uygulatan doktorla bir görüşme yapılması mümkün değilse (ör. okulda yapılan aşılarda), ilgili bölge yönetim dairenize bağlı sağlık hizmetlerine / sağlık kurumuna başvurmanızı ve onay beyanınızı ancak görüşme yapıldıktan sonra imzalamanızı rica ediyoruz.

Reşit olmayanlarda (14 yaşından küçük çocuklar) veya karar verme yetisi bulunmayan kişiler için aşılamaya yapılacak kişinin yasal temsilcisinin (yasal vasi, yetişkin temsilcisi veya yetkili temsilci) onayı alınmalıdır. Gençler (14 yaşından büyük, reşit olmayan kişiler), karar verme yetisine sahip oldukları takdirde kendileri onay verebilir.

İşbu belgeyi imzalayarak:

- Belirtilen aşı maddelerinin kullanma talimatlarını okuduğumu ve anladığımı veya bunların bana yeterli şekilde açıklandığını; Olacağım aşıya ilişkin olası yan etkiler ve durumlar hakkında bilgilendirildiğimi;
- Bunun sonucunda aşının faydalarını ve risklerini yeterli derecede anladığımı ve bu sebeple de başka bir özel görüşmeye ihtiyaç duymadığımı;
- Koruyucu aşının tarafıma uygulanmasını kabul ettiğimi ve
- Kişisel bilgilerimin 2012 Sağlık Telematiği Yasası uyarınca aşı kayıtlarında işleme alınacağı hakkında bilgilendirildiğimi beyan ederim (bkz. <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Tarih (GG.AA.YYYY) Aşı yapılacak kişinin veya yasal temsilcisinin imzası

Önemli bilgiler: Olası reaksiyonlar (bulantı, bayılma, alerji vb.) meydana gelmesi durumunda, kendi güvenliğinizi için aşıdan sonra 20 dakika boyunca bir doktorun gözetimi altında kalın.

Yan etki meydana gelmesi durumunda doktorunuza veya eczacınıza danışın. Bu kişilerin şüpheli yan etkileri bildirmeleri zorunludur. Ancak yan etkiler, sizin ya da yakınlarınız tarafından da bildirilebilmektedir. Bildirim seçeneklerine ilişkin diğer bilgileri <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> adresinden online olarak bulabilir veya +43 (0) 50 555 36600 numaralı telefonu arayabilirsiniz.



Dikkat: Lütfen boş bırakın - Sadece aşılamaya yapan kurum tarafından doldurulabilir

Aşı yeri/kurumu

(mevcut ise sözleşme ortağı numarası)*

Üçüncü kişi tarafından hazırlandı Sol üst kol

off-label uygulaması Sağ üst kol

Uygulanan aşı*

Seri numarası (LOT veya Ch.B)*

Doktor notları için alan

Aşılamaya tarihi (GG.AA.YYYY)*

İlgili doktorun adı*

Aşı olan kişinin adı (farklı olması durumunda)

Aşı olacak kişi tam olarak tanımlanamıyor.

İlgili doktorun imzası