

→ Fragebogen, Aufklärung und Einwilligung

Sprechstunde für Impfungen v.a. für Risikopatientinnen und -patienten

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse/ Nr.:	PLZ/Wohnort:
Telefon Privat:	Nationalität:
Telefon Mobile:	Krankenversicherung:
Telefon Geschäft:	E-Mail:

Anmeldegrund:

Frage	Ja	Nein	bitte weitere Angaben erfassen
Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?			Wie hoch?
Nehmen Sie Medikamente ein (insbesondere Blutgerinnungshemmer [ausser Aspirin], Kortison oder ein Medikament, das die Immunabwehr hemmt)?			Welche?
Sind Unverträglichkeiten gegen Medikamente/Impfungen bekannt?			Welche?
Haben Sie Allergien? (Bienen- oder Wespenstiche, Hühnereiweiss, Medikamente, allergisches Asthma)?			Welche?
Sind Sie schwanger? Stillen Sie?			
Leiden Sie an einer chronischen Krankheit (z.B. Milzentfernung, HIV, chron. entzündliche Darmerkrankung, rheumatische Erkrankung, Diabetes, dialysepflichtige Nierenschwäche)?			Welche?
Erhalten Sie zurzeit eine Chemotherapie und/oder Radiotherapie (Bestrahlungen)?			
Hatten Sie je epileptische Anfälle?			Wann letztmals?
Hatten/Haben Sie Nerven- oder Gehirnhautentzündungen (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, etc.)?			Wann letztmals?
Litten Sie je an psychischen Störungen?			Welche?
Hatten Sie jemals eine Gelbsucht oder eine Lebererkrankung?			Welcher Typ?
Ist bei Ihnen eine Immunschwäche bekannt?			
Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen oder andere Injektionen erfolgt (z.B. Cortisonspritzen, Immunglobuline, oder andere Spritzen)?			Welche?

Information und Aufklärung über die Impfungen

Ich wurde insbesondere über folgende Punkte aufgeklärt:

1. Der Schutz durch die verabreichte(n) Impfung(en) ersetzt nicht allfällige von den Behörden empfohlene Schutzmassnahmen.
2. Nebenwirkungen wie Rötung, Schwellung und Schmerzen an der Einstichstelle, Krankheitsgefühl, leichte Kopfschmerzen, Müdigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fieber, Übelkeit und Erbrechen können auftreten. Wenden Sie sich bei starken Symptomen bzw. im Zweifelsfall an eine Ärztin/einen Arzt.
3. Allergische Reaktionen sind selten, können aber bei Personen mit und ohne bekannte Allergien auftreten.
4. Die Geimpften bleiben nach der Impfung mindestens 5 bis 15 Minuten zur Beobachtung vor Ort.

Information und Aufklärung betreffend «Off-Label-Use» und/oder «Off-Recommendation-Use» bei der Impfung

Das Zuger Kantonsspital orientiert sich an den jeweils aktuellen Zulassungsinformationen von Swissmedic sowie den Impfeempfehlungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF). Dennoch kann die Anwendung einer Impfung/eines Medikamentes ausserhalb der aktuell gültigen Zulassung durch Swissmedic (sog. «Off-Label-Use») und/oder ausserhalb der aktuell gültigen Empfehlung von BAG und EKIF (sog. «off-Recommendation-Use») liegen.

Bei behördlich empfohlenen Impfschemen, einschliesslich solchen mit «Off-Label-Use», kann neben der Haftung des Impfstoffherstellers (Produktehaftpflicht) und des Zuger Kantonsspitals (Auftragshaftung) allenfalls die subsidiäre Haftung des Bundes gemäss Epidemiengesetz (Ausfallhaftung) zur Anwendung kommen. Bei einer Impfung, die weder zugelassen noch behördlich empfohlen ist («Off-Label-Use» und «Off-Recommendation-Use»), entfallen die Produktehaftpflicht des Impfstoffherstellers, die allfällige subsidiäre Haftung des Bundes gemäss Epidemiengesetz (Ausfallhaftung) und die Haftung des Zuger Kantonsspitals für jegliche Schäden vollständig, sofern diese nicht auf die unsachgemässe Verabreichung des Impfstoffs zurückzuführen sind.

Einverständniserklärung

Ich hatte Gelegenheit, bestehende Fragen zu klären und bin vollumfänglich über Wirkungen und allfällige Nebenwirkungen der verabreichten Impfungen und abgegebenen Medikamente aufgeklärt worden. Ebenso bestätige ich, über einen allfälligen «Off-Label-Use» und/oder «Off-Recommendation-Use» aufgeklärt worden zu sein.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die mir von der Ärztin/dem Arzt empfohlene(n) Impfung(en) sowie in deren allfälligen «Off-Label-Use» und/oder «Off-Recommendation-Use» ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem die Richtigkeit meiner Angaben im obigen Fragebogen Seite 1.

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben genannten administrativen und medizinischen Daten vom Zuger Kantonsspital gespeichert und im Zusammenhang mit meiner/meinen Impfung(en) weiterbearbeitet werden.

Es gilt materielles Schweizer Recht unter Ausschluss des Kollisionsrechts. Gerichtsstand ist Baar (Schweiz).

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____

(Bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren: Unterschrift der Eltern oder einer erziehungsberechtigten Person)