

Fragebogen zur Impfung gegen Affenpocken mit dem Impfstoff Jynneos®

Frage	Ja/Nein
Sind bei Ihnen Allergien bekannt und / oder hatten Sie jemals eine schwere allergische Reaktion auf einen Impfstoff oder ein Medikament (z. B. allergischer Schock / Anaphylaxie)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: welche?
Sind Sie allergisch auf Hühnereier oder Eierprodukte?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie auf folgende Inhaltsstoffe von Jynneos® allergisch: Trometamol, Natriumchlorid, Benzonase, Gentamicin und Ciprofloxacin (Antibiotika)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: welche?
Haben Sie Fieber oder fühlen Sie sich auf andere Weise krank?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie derzeit einen Hautausschlag (der wie Beulen, Blasen oder Pickel aussehen kann) oder wunde Stellen an Ihrem Körper oder sind Sie an Affenpocken erkrankt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Waren Sie in den letzten 14 Tagen möglicherweise Affenpocken ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie eine Erkrankung, die Ihr Immunsystem schwächt (z. B. Leukämie, Krebs, HIV-Infektion mit unklarer Anzahl an CD4+ Zellen oder CD4+ Zellen < 200c/µL), oder erhalten Sie eine Behandlung, die Ihr Immunsystem schwächt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie jemals Keloidnarben (wuchernde Narben), einen Hautausschlag (Neurodermitis / atopische Dermatitis) oder eine andere Hauterkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: welche?
Hatten Sie schon einmal eine Entzündung des Herzmuskels (Myokarditis) oder eine Entzündung des Herzbeutels (Perikarditis)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie schwanger, haben Sie vor, schwanger zu werden oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurden Sie bereits gegen Pocken (in der Schweiz bis 1972) oder Affenpocken (Jynneos® oder anderer Impfstoff) geimpft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: Name des Impfstoffs und Datum?
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten und / oder ist eine Impfung in den nächsten 4 Wochen geplant?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: welche?
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: welche?

Wenn Sie eine oder mehrere der oben genannten Fragen mit Ja beantwortet haben, ist das kein Ausschlusskriterium für eine Impfung. Aber es braucht eine individuelle Abklärung, denn möglicherweise sind zusätzliche Vorsichtsmassnahmen bei der Impfung erforderlich. Besprechen Sie diese Aspekte deshalb unbedingt mit der verantwortlichen medizinischen Fachperson am Impfort.

Einverständniserklärung für eine Impfung gegen Affenpocken mit dem Impfstoff Jynneos® von Bavarian Nordic

Das Produkt ist in der Schweiz nicht von Swissmedic zugelassen. Die Anwendung erfolgt als No-Label-Use.

Stand: 14.10.2022

Persönliche Angaben der zu impfenden Person

Nachname

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Einverständniserklärung

Nach einer sorgfältigen und ausführlichen Aufklärung durch die verantwortliche medizinische Fachperson bin ich über die Jynneos®-Impfung gegen Affenpocken informiert. Ich bestätige, dass ich von der verantwortlichen medizinischen Fachperson darüber informiert worden bin, dass der Impfstoff Jynneos®, der bei mir eingesetzt wird, in der Schweiz nicht zugelassen ist (No-Label-Verabreichung). Ich wurde von der verantwortlichen medizinischen Fachperson über die medizinischen und rechtlichen Aspekte beim Einsatz dieses Impfstoffes in einem persönlichen Gespräch umfassend informiert. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und alle meine Fragen wurden beantwortet. Ich habe der verantwortlichen medizinischen Fachperson meine medizinische Krankengeschichte mitgeteilt.

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die Impfung mit Jynneos® informiert wurde. Ich bestätige, dass ich die Informationen zur Jynneos®-Impfung verstanden habe. Ich bestätige, dass ich Nutzen und Risiken des Jynneos®-Impfstoffs verstanden habe. Ich bin damit einverstanden, eine Impfung mit dem Jynneos®-Impfstoff zu erhalten.

Name und Vorname

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

Falls zutreffend: Angaben der gesetzlichen Vertretung (Name / Vorname / Tel. / E-Mail)

Von der verantwortlichen medizinischen Fachperson auszufüllen

Name und Vorname der verantwortlichen medizinischen Fachperson

Unterschrift der verantwortlichen medizinischen Fachperson