**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)? | Nein  Wenn ja: welche?  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sind Sie allergisch auf Hühnereier oder  Eierprodukte? | Nein  Ja |
| Sind Sie auf folgende Inhaltsstoffe von Jynneos® allergisch: Trometamol, Natriumchlorid, Benzonase, Gentamicin und Ciprofloxacin (Antibiotika)? | Nein  Wenn ja: welche?  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Haben Sie Fieber oder fühlen Sie sich auf andere Weise krank? | Nein  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? | Nein  Ja |
| Waren Sie in den letzten 14 Tagen möglicherweise Affenpocken ausgesetzt? | Nein  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? | Nein  Ja |
| Hatten Sie jemals Keloidnarben (wuchernde Narben), einen Hautausschlag (Neurodermitis / atopische Dermatitis) oder eine andere Hauterkrankung? | Nein  Wenn ja: welche?  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hatten Sie schon einmal eine Entzündung des Herzmuskels (Myokarditis) oder eine Entzündung des Herzbeutels (Perikarditis)? | Nein  Ja |
| Sind Sie schwanger, haben Sie vor, schwanger zu werden oder stillen Sie? | Nein  Ja |
| Wurden Sie bereits gegen Pocken (in der Schweiz bis 1972) oder Affenpocken (Jynneos® oder anderer Impfstoff) geimpft? | Nein  Wenn ja: Name des Impfstoffs und Datum?  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten und / oder ist eine Impfung in den nächsten 4 Wochen geplant? | Nein  Wenn ja: welche?  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? | Nein  Wenn ja: welche?  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

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