

**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

inter

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 için 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 (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 immünglobulinler** 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, hangilerine karşı olduğunu belirtin.

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

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hangilerine karşı 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, hangilerine karşı olduğunu belirtin.

10. Aşı olacak kişide kısa bir süre önce **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 için onay beyanı

Versiyon 1.0, güncel tarih: 13.04.2022

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 kullanım bilgilerini burada bulabilirsiniz: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Diğer sorularınız için doktorunuza danışın.

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>).



## Başka sorularınız varsa bu formu imzalamadan önce lütfen doktorunuza danışın.

Aşı yapılacak yerde, aşığı uygulatan doktorla bir görüşme yapılması mümkün değilse (ör. okulda yapılan aşılar), 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 aşılanma 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.

Tarih (GG.AA.YYYY)

Aşılanma 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 0800 555 621 numaralı telefonu arayabilirsiniz.



Bir aşı randevusu kaçırılırsa, mümkün olan en yakın tarihte telafi edilmelidir. Daha fazla bilgiyi aşı broşüründe veya Sosyal İşler, Sağlık, Bakım ve Tüketici Koruma Bakanlığının [www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) adlı web sayfasında, "Aşı" başlığı altında bulabilirsiniz.



## Dikkat: Lütfen boş bırakın – Aşılanma yapan kurum tarafından doldurulacaktır

Aşılanma yapan kişi/kurum (mevcut ise ilgili tarafın numarası)\*

Tıbbi notlar

Kararlaştırılan aşı\*

- Üçüncü kişi tarafından hazırlandı  Sol üst kol  
 Sağ üst kol

Seri numarası (LOT veya Ch.B)\*

Aşılanma tarihi (GG.AA.YYYY)\*

İlgili doktorun adı\*

Aşı olan kişinin adı (farklı olması durumunda)

Vatandaş açıkça tanımlanamıyor

İlgili doktorun imzası