ALLGEMEINE UNIVERSITÄTSKRANKENHAUS IN PRAG
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

Gesetzlicher Vertreter des Patienten (Vorname, Nachname):

Bezeichnung der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens (eventuell mehrerer Gesundheitsleistungen / Behandlungsverfahren):

PFLICHTIMPFUNG FÜR KINDER GEGEN TUBERKULOSE (TBC)

Zweck, Art, Vorbereitung, erwarteter Nutzen, Folgen und mögliche Risiken der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens:

Nach den vorliegenden Daten wurde bei Ihrem Kind ein erhöhtes Risiko festgestellt, an Tuberkulose (TB) zu erkranken. Diese Krankheit stellt ein sehr ernstes Gesundheitsrisiko dar, insbesondere für die Kleinsten. Eine Tuberkuloseimpfung verringert die Wahrscheinlichkeit einer Tuberkulose einschließlich ihrer schwersten Formen erheblich und kann somit die Gesundheit eines Kindes mit erhöhtem Risiko für eine Tuberkuloseinfektion weitgehend schützen. Laut Gesetz ist die Impfung für Ihr Kind so bald wie möglich nach der Geburt voll angezeigt. Der Vorteil einer frühen Tuberkuloseimpfung besteht darin, dass die Immunität gegen die Krankheit so früh wie möglich aufgebaut wird und weitere Impfungen nicht oder nur mit minimaler Verzögerung erfolgen. Weitere Impfungen können bekanntlich erst dann erfolgen, wenn die Reaktion nach der Tuberkuloseimpfung bereits abgeheilt ist.

Bei der Tuberkulose-Impfung wird ein abgeschwächter Lebendimpfstoff verwendet, der in die Haut des linken Arms appliziert wird. Nach der Impfung kann an der Impfstelle nach 6-8 Wochen ein Knötchen oder ein Geschwür von bis zu 10 mm Durchmesser auftreten und ebenso kann sich ein Knötchen in der linken Achselhöhle oder auf der linken Halsseite auf eine Größe von 10 mm vergrößern. In seltenen Fällen kann es zu Reaktionen mit einer Größe von mehr als 10 mm und einer Vereiterung der Impfstelle oder der Knoten kommen.

Die Impfung wird recht selten von schwerwiegenderen Reaktionen begleitet, wie der möglichen Entwicklung einer Knocheninfektion oder der Verbreitung von abgeschwächtem Lebendimpfstoff im Körper des Kindes bei Kindern mit schweren Immunitätsstörungen.

Auch bei einer ausführlichen Untersuchung ist es nicht möglich, die Reaktion auf eine Impfung kurz nach der Geburt vorherzusagen. Ihr Kind wird immer unter der Kontrolle eines Kinderarztes stehen und in der Arbeitsstelle untersucht, wo die Impfung stattgefunden hat (Abteilung für Kalmetisierung, Abteilung für Pädiatrie und Jugendmedizin, Allgemeines Universitätsklinikum in Prag, Tel. 224 967 063).

Wenden Sie sich so schnell wie möglich an diese Fachleute, wenn es zu unerwünschten Reaktionen auf den Impfstoff kommt, die von normalen lokalen Reaktionen abweichen.

Der Patient erhält ein nicht zugelassenes Arzneimittel im Rahmen eines spezifischen Behandlungsprogramms.

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

Andere Alternativen zur Behandlungsmethode, ihre Eignung, Vorteile und Risiken:

Zur Tuberkulose-Impfung gibt es keine andere Alternative!

Die Gesundheitsleistung / das Behandlungsverfahren wird folgendermaßen durchgeführt:

Die Krankenschwester desinfiziert die Haut und verabreicht den Impfstoff in den oberen äußeren Teil des linken Arms. Nach drei Monaten wird die Reaktion auf die Impfung überprüft.

Einschränkungen und Empfehlungen für den Alltag im Hinblick auf den Gesundheitszustand und mögliche Veränderungen der gesundheitlichen Tauglichkeit nach Durchführung der genannten medizinischen Leistung / des Behandlungsverfahrens:

Die einzige Einschränkung besteht darin, dass innerhalb von 3 Monaten nach der Impfung (ggf. bis zur Abheilung der Einstichstelle) keine weiteren Impfungen durchgeführt werden dürfen.

Weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen:

Keine

Hiermit erkläre ich, dass der mich belehrende Arzt mir persönlich alles erklärt hat, was Inhalt dieser schriftlichen „Informierten Einwilligung" ist und ich die Möglichkeit hatte ihm Fragen zu stellen, auf welche er mir ausreichend Antwort gab. Ich erkläre, dass ich die oben angeführte Belehrung voll verstanden habe und erteile ausdrücklich meine Einwilligung für die Durchführung der ärztlichen Behandlung.

Im Falle, dass der Patient **minderjährig ist oder mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit** und angemessen geistig und willensfähig reif ist:

Hiermit erkläre ich, dass ich im oben genannten Umfang belehrt worden bin.

Wurden dem Patienten diese Daten nicht zur Verfügung gestellt, ist der Grund für die Nichtbereitstellung der Daten anzugeben:

In Prag am

.....	.....
Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters	*Vorname, Nachname und Unterschrift Arztes*

Dieses Formular ist auch direkt im KIS verfügbar.

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**
..... *Unterschrift des minderjährigen Patienten / Patienten mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit*	
Wenn der Patient/gesetzliche Vertreter aufgrund seines Gesundheitszustands nicht unterzeichnen kann: Grund, aus dem der Patient/gesetzliche Vertreter nicht in der Lage ist zu unterzeichnen: Die Art und Weise, wie der Patient/gesetzliche Vertreter seinen Willen zum Ausdruck gebracht hat: ..... *Vorname, Nachname und Unterschrift des Zeugen*	