

Impfen? Aber sicher!

Liebe Leserinnen und Leser!

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen, die Sie für sich und Ihre Kinder treffen können.

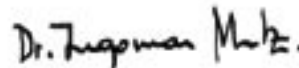
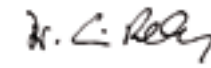
Ihr persönlicher Impfcheck soll es Ihnen einfach machen, zu überprüfen, ob Sie ausreichend geschützt sind. Füllen Sie die mittlere Spalte der Tabelle mit Hilfe Ihres Impfpasses aus. Nehmen Sie den Impfcheck dann bei Ihrem nächsten Arztbesuch mit. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Ihnen umgehend sagen können, ob Sie über ausreichenden Impfschutz verfügen, ob Impfungen aufgefrischt werden müssen und ob zusätzliche Impfungen für Sie empfohlen werden.

In jedem Fall sollten Sie vor einer geplanten Reise ins Ausland mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt über den empfohlenen Impfschutz sprechen.

Antworten auf Ihre Fragen rund um Impfungen finden Sie auch auf www.impfcheck.at, wo Sie Ihren persönlichen Impfcheck gleich online ausfüllen und Ihren Impfstatus überprüfen können.

Ihr

Ihr

Univ.-Prof. Dr. Ingomar Mutz
Präsident des ÖGK für Gesundheit

Dr. Erwin Rebhandl
Präsident der ÖGAM

Name: _____ Alter: _____ weiblich männlich

Schutz vor	Sind Sie geimpft? Auszufüllen von der Patientin/dem Patienten	Impfung empfohlen Auszufüllen von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt
Diphtherie	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Feuchtblattern (Varizellen)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
FSME (Zecken-Schutzimpfung)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Gelbfieber	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Gürtelrose (Herpes Zoster)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Haemophilus infl. B. (Hib)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Humane Papillomviren (verursachen Gebärmutterhalskrebs und Genitalwarzen)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Influenza (echte Virusgrippe)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	

Schutz vor	Sind Sie geimpft? Auszufüllen von der Patientin/dem Patienten	Impfung empfohlen Auszufüllen von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt
Keuchhusten (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Kinderlähmung (Poliomyelitis, kurz: Polio)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Masern	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Meningokokken	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Mumps	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Röteln	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Rotavirus (Brechdurchfall)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Tetanus (Wundstarrkrampf)	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Tollwut	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Typhus	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____ (Datum/Jahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	

Allgemeiner Impfkalender für Säuglinge und Kleinkinder

	ab 7. Woche	im 3. Monat	im 4. Monat	im 5. Monat	im 6. Monat	im 7. Monat	im 2. Lebensjahr
Rotavirus (Brechdurchfall)	2 bzw. 3x Schluckimpfung ¹						
Diphtherie Tetanus Keuchhusten Kinderlähmung Hib Hepatitis B		1. 6-fach Impfung		2. 6-fach Impfung		3. 6-fach Impfung	4. 6-fach Impfung
Pneumokokken (konjugiert)		1. Impfung		2. Impfung		3. Impfung	4. Impfung
Masern Mumps Röteln							2x im Abstand von mind. 4 Wochen

Allgemeiner Impfkalender für Schulkinder

	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
	Lebensjahr										
Diphtherie Tetanus Kinderlähmung	Auffrischungsimpfung										
Hepatitis B	Auffrischungsimpfung bzw. nachholen der Grundimmunisierung (spät. bis zum 13. Lj.)										
Diphtherie Tetanus Keuchhusten				Auffrischungsimpfung							
Feuchtblättern (Varizellen)				2x (bei negativer Varizellenanamnese oder negativer Serologie)							
Masern Mumps Röteln	eventuell nachholen										
Humane Papillomviren (verursachen Gebärmutterhalskrebs und Genitalwarzen)				3x ²							

¹Impfschema abhängig von Impfstoff
²Impfstoffe gegen krebsfördernde Papillomviren sollten für Mädchen und Frauen – möglichst vor Eintritt in das sexuell aktive Alter – zur Anwendung kommen. Zur Unterbrechung der Infektionskette ist die Impfung von Personen beiderlei Geschlechts wichtig.

Allgemeiner Impfkalender für Erwachsene (sofern eine abgeschlossene Grundimmunisierung für Erwachsene vorliegt)

25 Jahre	35. Jahre	45. Jahre	50. Jahre	55. Jahre	60. Jahre	65. Jahre	70. Jahre	75. Jahre usw.
Diphtherie Tetanus Kinderlähmung Keuchhusten	Diphtherie Tetanus Kinderlähmung Keuchhusten	Diphtherie Tetanus Kinderlähmung Keuchhusten		Diphtherie Tetanus Kinderlähmung Keuchhusten	Diphtherie Tetanus Keuchhusten	Diphtherie Tetanus Kinderlähmung Keuchhusten	Diphtherie Tetanus Keuchhusten	Diphtherie Tetanus Kinderlähmung Keuchhusten
Influenza (echte Virusgrippe) jährlich								
Herpes zoster (Gürtelrose) 1x								
					Pneumokokken	Pneumokokken³	Pneumokokken³	Pneumokokken³

³bei entsprechendem Risiko (Grundkrankheiten, bisherige Erkrankungen, besondere Exposition etc.)

Weitere Informationen bzw. Auskünfte über zusätzlich für Sie und Ihr Kind empfohlene Impfungen erhalten Sie von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt oder Ihrer Apothekerin/Ihrem Apotheker.
Den Österreichischen Impfplan 2008 finden Sie online auf der Website des ÖGK:
www.oegk.at/oegk/index.php/oesterreichischer-impfplan.html

Impressum
Herausgeber: Österreichisches Grünes Kreuz für Gesundheit, Email: office@gruenes-kreuz.org, www.oegk.at **Redaktion:** eXakt PR – Gesundheitskommunikation mit Strategie, Email: office@exakt-pr.at, www.exakt-pr.at **Wissenschaftliche Beratung:** Univ.-Prof. Dr. Ingomar Mutz **Gestaltung:** www.hive.at

IMPFFEN?

Aber sicher!

**IHR
PERSÖNLICHER
IMPFCHECK**

