



Gemeinde Außervillgraten
9931 Außervillgraten 136
Tel.: +43 (0)4843/5522
gemeinde@ausservillgraten.gv.at

Gemeinde Innervillgraten
9932 Innervillgraten 78
Tel.: +43 (0)4843/5317
gemeinde@innervillgraten.at



Amtliche Mitteilung – zugestellt durch Post.at

Außer- und Innervillgraten, am 28.10.2026

Gemeinde-Impfaktion 2026

Die Durchführung einer Gemeindeimpfaktion wurde in den vergangenen Jahren sehr gut angenommen. Daher wird in Absprache mit beiden Gemeinden des Villgratentales auch heuer wieder ein Impftermin organisiert und **wir bieten gemeinsam mit der Dr. Gernot Walder GmbH die Möglichkeit, wohnortnah eine Impfung zu erhalten.**

***Montag, 9. November 2026
von 14:00 – 18:00 Uhr
im Haus Valgrata
(Außervillgraten)***

Impfen lassen kann man sich gegen:

- **Corona** (gratis)
- **Influenza** (gratis)
- **Pneumokokken** (€ 50,00)
- **Keuchhusten mit Tetanus, Diphtherie & Polio** (€ 50,00)

Die Pneumokokkenimpfung ist für Risikogruppen und für Personen ab 60 Jahren KOSTENLOS!

Bitte mitbringen:

- E-Card **und** amtlicher Lichtbildausweis
- Aufklärungs- und Dokumentationsbogen (idealerweise ausgefüllt, dieser liegt auch ab sofort in den Gemeindeämtern oder am Impftag vor Ort auf)
- Gelber Impfpass (sofern vorhanden)

Eine Anmeldung über die Gemeinde ist nicht erforderlich.

Bei Personen, denen es aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität nicht möglich ist, zum Impftermin ins Haus Valgrata zu kommen, wird eine **Impfvisite durch Dr. Gernot Walder angeboten.**

Für die Gemeinde Außervillgraten

Der Bürgermeister:
Mag. Josef Mair eh



Für die Gemeinde Innervillgraten

Der Bürgermeister:
Andreas Schett eh





AUFKLÄRUNGS- UND DOKUMENTATIONSBOGEN IMPFUNGEN

PERSÖNLICHE DATEN DER ZU IMPFENDEN PERSON

Familienname:

Vorname:

--	--

Sozialversicherungsnummer:

Geburtsdatum:

--	--

Adresse:

Telefonnummer:

--	--

E-Mail-Adresse:

Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung:

--	--

☐ Person nicht eindeutig identifiziert

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN FÜR DIE ZU IMPFENDE PERSON

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin oder dem Arzt vor oder Impfung mit. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

1. Hatten Sie bereits eine Impfung gegen Pneumokokken?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wie oft und wann war die letzte Impfung? _____

2. Hatten Sie bereits eine Impfung gegen SARS-COV2?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wie oft und wann war die letzte Impfung? _____

3. Hatten Sie bereits eine Impfung gegen Influenza?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wie oft und wann war die letzte Impfung? _____

4. Hatten Sie bereits eine Impfung gegen Keuchhusten-, Tetanus-, Diphtherie-, Polio? (4-fach Impfung)

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wie oft und wann war die letzte Impfung? _____

5. Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, woran? _____

6. Hatten Sie schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, worauf? _____

7. Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung, oder wird derzeit eine allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche und wann? _____

8. Bestanden in der Vergangenheit nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, nach welcher Impfung und welche? _____

9. Besteht eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffs?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche? _____

10. Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche? _____

11. Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche? _____

12. Wird derzeit eine Chemo- und / oder Strahlentherapie durchgeführt oder nehmen Sie immunschwächende Medikamente ein (z.B. Cortison)?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche? _____

13. Ist ein operativer Eingriff geplant?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wann? _____

14. Besteht eine Schwangerschaft?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____

15. Wurde ein Impftiter für Keuchhusten gemacht?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wann? _____



AUFKLÄRUNGS- UND DOKUMENTATIONSBOGEN IMPFUNGEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Impfung gegen:

- ☐ SARS-COV2 gratis ☐ Influenza gratis ☐ Pneumokokken € 50,-
☐ Keuchhusten mit Tetanus, Diphtherie & Polio € 50,-

Nach der Impfung treten oft Reaktionen auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An den Impfstellen können sehr häufig Schmerzen oder Schwellung bzw. häufig Rötung sowie Hautausschlag oder Nesselsucht auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu (sehr starker) Müdigkeit, Kopf-, Muskel-, Gelenkschmerzen, Gelenkssteife, Schwellung in der Achselhöhle, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schüttelfrost sowie Fieber bzw. zu Hautausschlag kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 bzw. häufig bedeutet, dass bis zu 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Schwere allergische Reaktionen können auftreten. Bei Abgeschlagenheit oder Fieber sollte starke körperliche Betätigung vermieden werden. Zu Details wird auf die Gebrauchsinformation verwiesen. Auf Anfrage kann Ihnen die Gebrauchsinformation in Papierform zu Verfügung gestellt werden. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsanweisung zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über den möglichen Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Schutzimpfung einverstanden bin und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT:

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Personen einzuholen. Jugendliche (mündige Minderjährige ab Vollendung des 14. Lebensjahres) müssen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Datum

Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung

--	--

Wichtige Informationen: Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin oder des Arztes. Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an uns. Nebenwirkungen können aber auch von Ihnen oder Ihrer Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen finden Sie online unter www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen oder kontaktieren Sie 0800 555 621.

NUR VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

Oberarm rechts	Impfstoff	Chargennummer	Dosis	☐ i.m.	☐ s.c.	☐ i.c.	☐ o/i.n.
Oberarm links	Impfstoff	Chargennummer	Dosis	☐ i.m.	☐ s.c.	☐ i.c.	☐ o/i.n.
Oberschenkel rechts	Impfstoff	Chargennummer	Dosis	☐ i.m.	☐ s.c.	☐ i.c.	☐ o/i.n.
Oberschenkel links	Impfstoff	Chargennummer	Dosis	☐ i.m.	☐ s.c.	☐ i.c.	☐ o/i.n.

Ort/Datum

Arzt

Unterschrift Arzt