

Information über die Schutzimpfung gegen HPV

HPV steht für Humane Papillom-Viren, welche eine größere Gruppe von Viren umfasst. Die für die Erkrankung relevanten Viren werden durch direkten Schleimhautkontakt übertragen, wie durch sexuelle Kontakte oder während der Geburt von der Mutter auf das Kind.

Bestimmte Virentypen können zu infektiösen, stark wachsenden Hautveränderungen im Genitalbereich (Kondylome/Feigwarzen) führen. Andere sogenannte „Hochrisiko Typen“ sind die Ursache für die Entwicklung bösartiger Tumoren. Dazu zählen ein Großteil der Gebärmutterhals-Karzinome sowie andere Tumore sowohl im Genitalbereich als auch im Mund/Rachen Bereich. Gebärmutterhalskrebs stellt weltweit die zweithäufigste Krebsform und die dritthäufigste Krebstodesursache bei Frauen dar. Die Impfung schützt vor jenen Virustypen, die diese Erkrankungen am häufigsten verursachen.

Warum soll ab vollendetem 9. Lebensjahr geimpft werden?

Der größte Nutzen der Impfung tritt ein, wenn diese zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem noch kein Kontakt mit HPV stattgefunden hat. Also idealerweise bevor die ersten sexuellen Kontakte stattfinden. Zudem haben Untersuchungen eindeutig ergeben, dass die Impfantwort bei Kindern in dieser Altersgruppe am besten ist. Die gebildeten Antikörper können ein Eindringen der Viren in die Körperzellen und somit die Infektion optimal verhindern. Im Gegensatz zur späteren Impfung sind nur zwei (statt drei) Impfungen notwendig, um den vollen Impfschutz zu erhalten

Wann und wo kann geimpft werden?

Die Impfung wird für alle in Österreich lebenden Mädchen und Buben in der vierten Schulstufe kostenfrei im Rahmen des bestehenden Schulimpfprogramms angeboten. Zusätzlich wird die Impfung in allen Gesundheitsämtern Kärntens und bei den am Impfkonzept beteiligten Ärzten (siehe www.ktn.gv.at/impfen) bei Impfbeginn zwischen dem 9. und dem 12. Geburtstag (**Auffrischung jedoch spätestens bis zum 13. Geburtstag**) **kostenfrei** angeboten. Jugendliche können sich zusätzlich **bis zum 18. Geburtstag zu einem günstigen Selbstkostenpreis** am Gesundheitsamt impfen lassen. Der Impfstoff kann bei Impfbeginn vor dem 15. Geburtstag in zwei Teilimpfungen im Mindestabstand von sechs Monaten verabreicht werden. Für ältere Impflinge gilt ein dreiteiliges Impfschema (Teil 2 nach zwei Monaten, Teil 3 mindestens sechs Monate nach der zweiten Dosis). Alle drei Dosen sollten innerhalb eines Jahres intramuskulär verabreicht werden (bevorzugt im Oberarm).

Warum sollen Mädchen und Buben geimpft werden?

Die Impfung schützt vor der Entstehung eines Großteils der HPV-bedingten Krebsformen und Genitalwarzen und somit haben alle einen direkten Nutzen von der Impfung. HPV wird sowohl von Frauen als auch von Männern übertragen. Wenn sowohl Mädchen als auch Buben geimpft werden, wird die Infektionskette effektiv durchbrochen. Das führt dazu, dass die Erkrankung bzw. Erkrankungsvorstufen in der Bevölkerung generell abnehmen.

Sind Auffrischungsimpfungen notwendig?

Die bisherigen Untersuchungen geben Hinweise auf einen langanhaltenden Impfschutz. Die Dauer der Schutzwirkung wird in laufenden Studien international untersucht; derzeit ergab sich daraus noch keine Empfehlung für eine Auffrischungsimpfung.

Welche Nebenwirkungen wurden bei der HPV Impfung beobachtet?

Auch Impfungen können Nebenwirkungen haben. Diesem Informationsblatt ist die Gebrauchsinformation des Impfstoffes beigelegt, die Sie über die Zusammensetzung, mögliche Gegenanzeigen und Nebenwirkungen informiert.

Unerwartete Nebenwirkungen sollen dem impfenden Arzt / der impfenden Ärztin bzw. der Arzneimittelbehörde auf <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> gemeldet werden.

Ist die Vorsorgeuntersuchung „Krebsabstrich“ bei Frauen weiterhin wichtig?

Ja. Trotz Impfung wird auch weiterhin dringend angeraten, die regelmäßigen Krebsabstriche (PAP- Abstriche) durchführen zu lassen, da die Impfung vor den häufigsten und gefährlichsten aber nicht vor allen HPV-Typen schützt.

Weitere Infos, insbesondere eine HPV-Broschüre zum Download siehe www.ktn.gv.at/impfen .

Anbei finden Sie eine vollständige Produktinformation des Impfstoffherstellers. Lesen Sie bitte die gesamte Beilage sorgfältig durch.

Sie finden umseitig einige Fragen. Aus den Antworten kann der Impfarzt das individuelle Impfrisiko besser abschätzen. Nehmen Sie bitte die individuelle Beratung des Arztes in Anspruch, er ist Ihnen bei der Nutzen-Risikoabwägung behilflich und beantwortet weitere Fragen.

Es wird empfohlen, nach der Impfung ca. 15 Minuten an der Impfstelle zu verweilen, bei Allergierisiko 30-60 Minuten.

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/dem Arzt vor dem Impftermin mit.

Bitte den Impftermin am Kalender notieren!

Bitte Impfpass und Einwilligung am Impftag mitgeben, sonst kann nicht geimpft werden!

Versäumte Impftermine sollen ehestmöglich nachgeholt werden.

Kontakthinweis: Ihr Gesundheitsamt, Telefon 050536 -

Einwilligung in die Schulimpfung gegen humane Papillomviren (HPV-9)

Vor- und Familienname des Impflings:						männlich: <input type="checkbox"/>		weiblich: <input type="checkbox"/>		
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:										
Sozialversichert bei:										
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:						T	T	M	M	J
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)										
1. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>				2. Teilimpfung: <input type="checkbox"/>				(3. Teilimpfung*: <input type="checkbox"/>		
*Bei Erstimpfung ab dem 15. Geburtstag)										

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer **Krankheit** bemerkt?
Wenn ja, welche? ja nein
2. Ist beim Impfling eine **Allergie** bekannt? Wenn ja, welche? ja nein
3. Besteht bei der zu impfenden Person eine **chronische Erkrankung** z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle?
Wenn ja, welche? ja nein
4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: ja nein
5. Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder **Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? ja nein
6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten? ja nein
Wenn ja, welche?
7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten **Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten? ja nein
8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**? ja nein
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen? ja nein
10. Bei Frauen: Ist die zu impfende Frau schwanger? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche 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 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.

Sollte vor Ort keine Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin oder dem Impfarzt bestehen (z.B. bei Schulimpfungen), ersuchen wir Sie, sich bei Bedarf an das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde oder eine Ärztin / einen Arzt ihres Vertrauens zu wenden und die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

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

.....
Datum

.....
Unterschrift

Ärztliche Anmerkungen: