

## Umfrage betreffend Impf-Aufklärung durch Ärzte

Ärzte haben die gesetzliche Pflicht, eine vollständige Impf-Aufklärung vor dem Impfstoff durchzuführen (Risiken/Nebenwirkungen/Nutzen, erklären des Beipackzettels usw.). Tun sie das wirklich? Um diese Sachlage so repräsentativ wie möglich zu erfassen, haben wir eine Umfrage gestartet.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und stellen ihn uns zu. Auf der Website finden Sie auch eine elektronische Form. Das Online-Formular finden Sie ebenfalls weiter unten.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Es ist aber sehr wichtig, dass wir so viele ausgefüllte Bogen wie möglich erhalten. Bitte jedoch nur dann dieses Formular benutzen, wenn geimpft wurde, oder zumindest wenn der Arzt für ein Impfgespräch konsultiert wurde.

Es geht bei dieser Umfrage rein um die Qualität der Impf-Aufklärung und nicht um die Erfassung von Nebenwirkungen usw.

Ausgefüllte Bogen werden auch aus anderen Ländern als der Schweiz angenommen.

Besten Dank

Wann fand die Impfung statt: \_\_\_\_\_

Welche Impfung wurde verabreicht? \_\_\_\_\_

Wurden Sie/Ihr Kind vor dem Impfen auf den Gesundheitszustand untersucht?  
\_\_\_\_\_

Bitte schildern Sie uns, wie der Arzt Sie **vor** der Impfung aufgeklärt hat (Umfang, Dauer, über Risiken und Nebenwirkungen, hat er auch kritische Fragen beantwortet, ging er überhaupt auf Fragen ein, freundlich/unfreundlich, usw.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie den Beipackzettel **vor** der Impfung gesehen/gelesen und wurde er ihnen erklärt:  Ja  Nein

Traten Nebenwirkungen auf?  Ja  Nein      Arzt gemeldet?  Ja  Nein

Name und Adresse des Arztes:  
\_\_\_\_\_

Ich weiss es nicht mehr, wer mich/mein Kind damals geimpft hat.

Ich möchte den Namen des Arztes nicht bekannt geben. Stehe aber bei persönlichen Rückfragen zur Verfügung.

### Daten Impfling:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geb- Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Visum: \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Einwilligung sowie dem Ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Verein Netzwerk Impfentscheid Ihre personenbezogenen Daten Name, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail Adresse, Telefonnummer und Angaben zu Impfungen speichert und auswertet, um sie in pseudonymisierter Form in Verhandlungen zur Thematik „Aufklärungspflicht bei Impfungen“ mit Ärzteorganisationen, ärztlichen Aufsichtsbehörden und Gesundheitsbörden zu verwenden. Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Ansprechpartner für Auskünfte über oder Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten oder für den Widerruf der Einwilligung für die Zukunft ist: Verein Netzwerk Impfentscheid, Wetti 4, 9470 Buchs SG, info@impfentscheid.ch.

Einsenden an: Netzwerk Impfentscheid "Umfrage", Wetti 41, 9470 Buchs      oder Faxen an: 0041 81 284 00 43