



MARKTGEMEINDE WALLERN IM BURGENLAND

A-7151 Wallern im Burgenland, Hauptstraße 4, Bezirk Neusiedl am See

Telefon: 02174/2200, Telefax: 02174/2200-6

www.marktgemeinde-wallern-im-burgenland.at

Mail: post@wallern.bgld.gv.at

Wallern im Burgenland, am 20.11.2021

Liebe Wallerner_Innen! Liebe Jugend!

Bundesweiter Lockdown ab 22.11.2021

Aufgrund des bundesweiten Lockdowns ab 22.11.2021 wird folgendes bekanntgegeben:

Das Gemeindeamt ist ab 22.11.2021 geschlossen. In dringenden Fällen ist eine Erreichbarkeit von **Montag-Freitag von 08:00 – 12:00 Uhr** gewährleistet. Sofern möglich sollen, wie aus den vergangenen Lockdowns bereits bekannt, alle Erledigungen per Mail oder telefonisch erfolgen.

Aufgrund der enorm steigenden Fallzahlen und der drohenden Überlastung des Gesundheitssystems darf ich zu besonderer Vorsicht aufrufen. Bitte bleiben Sie achtsam und vermeiden Sie in den nächsten Wochen Kontakte zu anderen Personen, die nicht unbedingt notwendig sind. Auch in unserer Gemeinde wurden in den letzten Tagen leider sehr viele positive Fälle gemeldet.

Trotz all der schlechten Nachrichten muss ich aber auch ein großes Lob für die hervorragende Impfbereitschaft in unserer Gemeinde aussprechen. Zum Stichtag 16.11.2021 sind von 1672 Personen mit Hauptwohnsitz in Wallern 1360 zu mindestens teilimmunisiert und 1302 vollimmunisiert, was Prozentsätzen von 81,34 % bzw. 77,87 % entspricht. Bei den Teilimmunisierten nehmen wir dabei österreichweit prozentmäßig gesehen Rang 13 aller Gemeinden, bei den Vollimmunisierten Rang 18 aller Gemeinden ein. Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Impfung für 0-12-jährige derzeit nicht zugelassen ist und rechnet man den Prozentsatz der „impfbaren“ Bevölkerung aus, kommt man auf die hervorragenden Werte von 88,43 % bzw. 84,66 %.

Alle unentschlossenen Personen möchte ich hiermit eindringlich bitten sich impfen zu lassen! Wir können die Pandemie nur gemeinsam besiegen und der wirksamste und vernünftigste Weg hierzu ist die Impfung.

Impfung „ohne Anmeldung“ bei Gemeindeärztin Dr. Limbeck

Aufgrund der Impfoffensive des Landes gibt unsere Gemeindeärztin Frau Dr. Karin Limbeck folgenden Impftermin in Ihrer Praxis: Hauptstraße 2, 7151 Wallern bekannt:

Samstag, 04.12.2021 08:00 bis 12:00 Uhr

An diesem Tag ist eine Impfung ohne Anmeldung (zumindest ohne Anmeldung im System des Land Burgenland) für **Wallerner Gemeindebürger** möglich. Geimpft wird ausschließlich der Impfstoff „BioNTec Pfizer“. Da die Nachfrage jedoch überhaupt nicht eingeschätzt werden kann und lange Wartezeiten und Menschenansammlungen weitgehend vermieden werden sollten wird folgende Vorgangsweise festgelegt:

In der Zeit von 22.11. – 26.11.2021, jeweils von 08:00 bis 12:00 Uhr können sich Personen, die keine Gelegenheit haben sich an anderen Orten impfen zu lassen (z.B. kein Führerschein oder keine Mitfahrgelegenheit, aber auch bettlägerige Personen) oder Personen die sich über das System vom Land Burgenland (auch durch Angehörige) nicht anmelden können, im Gemeindeamt unter 02174/2200 anrufen und sich für den Termin bei Dr. Limbeck vormerken lassen. Es ist dabei irrelevant, ob es sich bei der Impfung um den Erst- Zweit-, oder Drittstich handelt. Zur Impfung mitzubringen sind: E-Card, Identitätsnachweis (Reisepass, Personalausweis, Führerschein) und FFP2-Maske, sowie die ausgefüllte Einverständniserklärung. (Formular blanko als Anhang)

Wir bitten ganz eindringlich, dass sich wirklich nur jene Personen melden, die keine anderen Möglichkeiten haben. Danke!

Nach der Erhebung dieses Personenkreises ist eine Anmeldung auch für andere Personen direkt in der Ordination von Dr. Limbeck ab 29.11.2021, täglich jeweils ab 12:00 Uhr unter 02174/26651 möglich.

Club-Miteinander

Aufgrund der derzeitigen Situation rund um das COVID-19 Virus findet der geplante Club-Tag am 8.12.2021 nicht statt. Über die Termine für das Jahr 2022 werden wir gesondert informieren.

Zurücklegung meines Amtes als Bürgermeister und Gemeinderat

Wie Sie vielleicht bereits gehört haben, lege ich nach 25-jähriger Tätigkeit mein Amt als Bürgermeister mit 30.11.2021 zurück. Ich möchte mich auf diesem Weg bei all meinen Wegbegleitern ganz herzlich für die gute Zusammenarbeit bedanken. Außerdem möchte ich meiner Nachfolgerin /meinem Nachfolger Alles Gute für die neue Herausforderung und die bevorstehende Wahl im Herbst 2022 wünschen.

Voller Stolz und Demut darf ich auf die enorm positive Entwicklung der letzten 25 Jahre in unserer Gemeinde zurückblicken. In meiner Zeit als Bürgermeister konnten wir viele Projekte realisieren. Angefangen von der Markterhebung im Jahr 1999 und den Ankauf der Gemeindehalle, aber auch große Bauprojekte wie der Kindergartenneubau und die Sanierung von Volksschule, Feuerwehrhaus und Arzthaus. In dieser Zeit wurden insgesamt 1244 Beschlüsse im Gemeinderat gefasst, ca. 90% davon einstimmig, was die gute Zusammenarbeit mit allen politischen Parteien in unserer Gemeinde unterstreicht. Hier bedanke ich mich ausdrücklich bei allen Fraktionen dafür.

Zum Abschluss darf ich mich auch bei Ihnen, liebe Gemeindebürger_innen herzlich bedanken. Sie haben mir über all die Jahre Ihr Vertrauen geschenkt und ich blicke auf zahlreiche, unvergessliche, sehr viele schöne Momente mit Ihnen zurück. Bleiben Sie wie Sie sind!

Herzlichen Gruß

Ihr Bürgermeister

Helmut Huber



Persönliche Daten der zu impfenden Person – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Version 10, Stand: 21.10.2021

Familienname*

Vorname*

Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)*

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

Geschlecht:* ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

☐ inter ☐ offen ☐ kein Eintrag

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ggf. Name der gesetzlichen Vertretung

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 der Impfung mit. Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

Zutreffendes auswählen

1. Hatten Sie bereits eine **SARS-CoV-2-Infektion** (PCR-bestätigt), **COVID-19** (PCR-bestätigt) oder **Antikörper gegen das Coronavirus** (nur Neutralisationstest oder Korrelat zu Neutralisationstest)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

2. 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?

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

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, worauf?

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

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

5. Haben Sie bereits eine **COVID-19-Impfung** erhalten? Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

☐ Ja ☐ Nein

1. Dosis:

2. Dosis:

6. 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?

7. Besteht eine **Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffs** (siehe Gebrauchsinformation)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

8. Nehmen Sie regelmäßig **blutverdünnende Medikamente**?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

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

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

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

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

11. Ist ein **operativer Eingriff** geplant?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

12. Besteht eine **Schwangerschaft**?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Einverständniserklärung – COVID-19 mRNA-Impfstoffe

Version 10, Stand: 21.10.2021

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf COVID-19 mRNA-Impfstoffe auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder abklingen. An der Impfstelle 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. häufig 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. Myokarditis und Perikarditis wurden sehr selten berichtet. Bei Abgeschlagenheit oder Fieber sollte starke körperliche Betätigung vermieden werden. Zu Details wird auf die elektronisch zur Verfügung gestellte 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. Um zu Gebrauchsinformationen der zugelassenen COVID-19 Impfstoffe zu gelangen, bitte QR Code scannen (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



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 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>).



Die Anwendung von COVID-19-Impfstoffen als 3. Dosis ist derzeit teilweise noch nicht zugelassen. Die Datenlage ist zum Teil noch begrenzt und über Art und Häufigkeit von Nebenwirkungen sind noch nicht alle Informationen verfügbar. Dies gilt auch bei der Anwendung von mRNA-Impfstoffen als 2. Dosis nach Vektorimpfstoffen.

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 dazu an den Sanitätsdienst/das Gesundheitsamt Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde 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 (TT.MM.JJJJ) 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 Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, oder Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker. Diese sind zur Meldung vermuteter Nebenwirkungen verpflichtet. Nebenwirkungsmeldungen können aber auch von Ihnen oder Ihren Angehörigen durchgeführt werden. Weitere Informationen zu Meldemöglichkeiten finden Sie online unter www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



Achtung: Bitte freilassen – Nur von der Impfstelle auszufüllen

Impfstelle/Organisation (Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Vereinbarter Impfstoff:*

- ☐ BioNTech/Pfizer: Comirnaty
☐ Moderna: Spikevax

Impfdosis:*

- ☐ 1. Dosis
☐ 2. Dosis
☐ 3. Dosis
☐ weitere Dosis (off-label):

☐ Vorbereitung durch Dritte

☐ Oberarm links

☐ Oberarm rechts

Chargennummer (LOT oder Ch.B)*

Impfdatum (TT.MM.JJJJ)*

Name verantwortliche Ärztin / verantwortlicher Arzt*

Name der impfenden Person (falls abweichend)

☐ Bürgerin/Bürger
nicht eindeutig identifizierbar

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes