

**Einverständniserklärung zur Durchführung der Impfung gegen:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cholera            | <input type="checkbox"/> Hepatitis B             | <input type="checkbox"/> Pneumokokken              |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie         | <input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis | <input type="checkbox"/> Tollwut                   |
| <input type="checkbox"/> FSME               | <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Typhus                    |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber         | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio)   | <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)   |
| <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln   | <input type="checkbox"/> Wundstarrkrampf (Tetanus) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A        | <input type="checkbox"/> Meningokokken           |  |

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Damit der Arzt/die Ärztin entscheiden kann, ob Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung geimpft werden können, bitten wir Sie, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen:

Zeichen akuter Erkrankung/en (z.B. fieberhafter Infekt):

- nein                       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Schwere chronische Erkrankung/en (auch z.B. Krampfleiden):

- nein                       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Einnahme von Medikamenten oder Behandlungen, die stark auf das Immunsystem wirken, innerhalb der letzten drei Monate, wie z.B. Kortison, Gammaglobuline, Immunsuppressiva:

- nein                       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein z. B. Marcumar, Falithrom, Heparin:

- nein                       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien, z.B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika, andere:

- nein                       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Bisherige Impf-Komplikation/en (z.B. allergische Reaktionen, hohes Fieber)

- nein                       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Andere Impfung/en in den vergangenen 4 Wochen:

- nein                       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft

- nein                       ja

Alle von uns empfohlenen Impfungen sind sehr gut verträglich und bieten eine hohe Wirksamkeit. Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie dennoch über alle jemals aufgetretenen Nebenwirkungen aufklären. Jede Impfung kann Lokalreaktionen wie Schmerzen, Rötungen, Schwellungen und Verhärtungen an der Injektionsstelle hervorrufen. Auf dieser Einverständniserklärung wurde die für Sie vorgesehene Impfung markiert. Bitte lesen Sie die Informationen aus der beigefügten Impfaufklärung vor der Impfung aufmerksam durch.

**Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Es bestand ausreichend Gelegenheit, Fragen zu erörtern. Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.**

Ich wünsche eine Kopie dieses Formulars                       ja                       nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Optionale Angabe:

Datum der Impfung \_\_\_\_\_ Chargen-Aufkleber

Ort der Impfung - Oberarm: links  rechts  sc  i.m.

Stempel/ Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_

delegiert an Assistenz: Name, Vorname \_\_\_\_\_