

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 Hühnereiw eiß, 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 _____