

Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen:

Name, Vorname
Geburtsdatum / Ort

Die Notwendigkeit einer Impfung wird individuell geprüft und beurteilt.

Zur Klärung möglicher Kontraindikationen bedarf es der Beantwortung einiger Fragen.

	JA	NEIN
Leiden Sie zur Zeit an einer akuten oder chronischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Überempfindlichkeit oder Allergie, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen erfolgt, wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu Kreislaufschwäche/ Ohnmacht nach Injektionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Krampfanfälle, psychische Erkrankungen, Nerven- oder Hirnhautentzündungen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Schwangerschaft in den nächsten 3 Monaten beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin über die Notwendigkeit der Impfung (inkl. der Folgeimpfungen bei Grundimmunisierungen) und ihrer möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen umfassend informiert worden. Ich hatte die Möglichkeit, alle mich interessierenden Fragen mit dem Arzt / med. Assistenzpersonal zu besprechen und habe keine weiteren Fragen.

- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung und die für die Grundimmunisierung notwendigen Folgeimpfungen ein.
- Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung der Impfung wurde ich informiert.

Datum / Unterschrift

(bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)