

Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____ **wohnhaf:** _____

Telefonnummer _____

Vor Durchführung der Impfung bitten wir Sie um folgende, zusätzliche Angaben über den zu Impfenden (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ist der zu Impfende gegenwärtig gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist in den kommenden 4 Wochen eine Operation vorgesehen / bzw. in den letzten 4 Wochen eine Operation erfolgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Befindet sich die zu impfende Person in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle ?
Wenn ja, weswegen: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nehmen Sie Blutverdünner (ASS, Marcumar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Besteht eine Allergie?
Wenn ja, wogegen: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Traten nach vorangegangenen Impfungen Komplikationen auf?
Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei mir folgende Schutzimpfung(en) durchgeführt werden.

Bei Fragen wende ich mich an die impfende Ärztin bzw. den impfenden Arzt.

- Tetanus**
- Diphtherie**
- Pertussis(Keuchhusten)**
- Masern / Mumps / Röteln**
- Hepatitis B**
- Polio (Kinderlähmung)**
- Varizellen (Windpocken)**
- Pneumokokken**

Datum _____

Unterschrift des zu Impfenden _____