

Name: _____ , geb. am _____

Schutzimpfung gegen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Polio | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> HPV (Humane Papillomaviren) | <input type="checkbox"/> Mumps, Masern, Röteln |
| <input type="checkbox"/> Gürtelrose | <input type="checkbox"/> Pneumokokken |
| <input type="checkbox"/> Corona | <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken) |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |

Sie haben das Merkblatt über die Durchführung der Schutzimpfung zur Kenntnis genommen. Darin sind die wesentlichen Angaben über die durch die Impfung vermeidbaren Krankheiten, den Impfstoff, die Impfung sowie über Impfreaktionen und mögliche Impfkomplicationen enthalten.

Vor der Impfung bitten wir noch um folgende Angaben:

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Ist der Impfling gegenwärtig gesund? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Hat der Impfling eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist bei dem Impfling eine Allergie bekannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja welche _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 4. Traten bei dem Impfling nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Falls Sie noch mehr über die Schutzimpfung haben, fragen Sie uns.

Einverständniserklärung

Ich habe den Inhalt des Merkblatts zur Kenntnis genommen und

- ich haben keine Fragen mehr.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.
- Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung wurde ich informiert.

Vermerke: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten

Unterschrift der Ärztin