

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?	☐	☐
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein, wenn ja, welche?	☐	☐
Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?	☐	☐
Besteht eine Überempfindlichkeit oder Allergie, wenn ja, welche?	☐	☐
Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen erfolgt, wenn ja, wogegen?	☐	☐
Neigen Sie zu Kreislaufschwäche/ Ohnmacht nach Injektionen?	☐	☐
Sind bei Ihnen Krampfanfälle, psychische Erkrankungen, Nerven- oder Hirnhautentzündungen bekannt?	☐	☐
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
Ist eine Schwangerschaft in den nächsten 3 Monaten beabsichtigt?	☐	☐

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.
- ☐ Zur Rechnungsstellung willige ich der Weitergabe meines Namens an den Arbeitgeber ein.

Datum / Unterschrift
(bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)