

# Einverständniserklärung für Schutzimpfung

Name : \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

PLZ/Ort : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

## Art der Impfung:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus, Diphtherie,<br>Pertussis, Polio | <input type="checkbox"/> FSME<br><input type="checkbox"/> Tollwut | <input type="checkbox"/> Hepatitis A<br><input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln                    | <input type="checkbox"/> Typhus                                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B                                       |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken                             | <input type="checkbox"/> Cholera                                  | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken                            | <input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis                  | <input type="checkbox"/>   |

Anliegend erhalten Sie ein Merkblatt über die Durchführung der Schutzimpfung gegen die o. g. Impfung. Hierin sind die wesentlichen Angaben über die durch die Impfung vermeidbaren Krankheiten, den Impfstoff, die Impfung sowie über Impfreaktionen und mögliche Impfkomplicationen enthalten.

## Zusätzliche Angaben vor Durchführung der Impfung:

Sind Sie gegenwärtig gesund?  ja  nein

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?  ja  nein

Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder sonstige ungewöhnliche Reaktionen auf?  ja  nein

**Ich habe den Inhalt des Merkblatts zur Kenntnis genommen und ich bin auch auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend durch den Impfarzt informieren zu lassen.**

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Schutzimpfung 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 des Arztes/der Ärztin