

Einverständnis zur Durchführung von Schutzimpfungen

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____ Tel. Nr. _____

Wohnhaft: _____

Name der Krankenkasse: gesetzlich privat

Vor Durchführung der Impfung bitten wir um folgende Angaben über den zu Impfenden.

	Ja	Nein
Ist der zu Impfende gegenwärtig gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine akute Erkrankung mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Impfung:.....		
Ist in den kommenden 2 Wochen eine Operation vorgesehen, bzw. in den letzten 2 Wochen eine Operation erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher Art und warum:.....		
Befindet sich die zu impfende Person in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, aus welchem Grund:.....		
Besteht eine Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden blutverdünnende Medikamente/ regelmäßig Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:.....		
Besteht eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher Art:		
Traten nach vorangegangenen Impfungen Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche:		

Hiermit erkläre ich mich mit folgenden Schutzimpfungen einverstanden:

- Tetanus Diphtherie Pertussis Polio
- Masern / Mumps / Röteln Influenza Pneumokokken

Ich wurde über Nutzen und Risiken der o.g. Schutzimpfungen ausreichend aufgeklärt.
Ich habe alles verstanden und keine weiteren Fragen.

Datum _____ Unterschrift des zu Impfenden / Erziehungsberechtigten / Vormund _____

- Impfling ist gesund Impfling hat keine weiteren Fragen Impfling ist mit Impfung(en) einverstanden

Datum _____

Unterschrift des impfenden Arztes _____