

Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____ wohnhaft: _____

Sie möchten sich heute impfen lassen. Vor Durchführung der Impfung bitten wir Sie um folgende zusätzliche Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen):

	Ja	Nein
Besteht derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Ist in den kommenden 2 Wochen eine Operation geplant? / bzw. in den letzten 2 Wochen eine Operation erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, aus welchem Grund?: _____		
Besteht eine Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie Blutverdünner (ASS, Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?: _____		
Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Art?: _____		
Traten nach vorangegangenen Impfungen allergische Reaktion, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?: _____		
Bei Frauen: sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei mir folgende Schutzimpfung(en) durchgeführt werden. Tetanus Diphtherie Pertussis) Polio Masern / Mumps / Röteln Influenza Windpocken Hepatitis B Herpes Zoster Pneumokokken

Ich wurde über Nutzen und Risiken der o.g. Schutzimpfungen ausreichend aufgeklärt. Ich habe alles verstanden und keine weiteren Fragen. Die Datenschutzerklärung und allgemeinen Informationen nach Art 12-14 der Datenschutzgrundverordnung im Aushang habe ich zur Kenntnis genommen.

(https://www.hamburg.de/mitte/datenschutzerklaerungen/13670164/datenschutzerklaerung-fachamt-gesundheit/).

 Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung(en) nicht einverstanden.

Datum

Unterschrift des zu Impfenden

 Klient:in ist gesund Klient:in hat keine weiteren Fragen Klientin ist mit Impfung einverstanden Klientin ist mit Impfung nicht einverstanden

Datum

Unterschrift des impfenden Arztes/der impfenden Ärztin