

Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen von Kindern und Jugendlichen

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____ wohnhaft: _____

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

	Ja	Nein
Besteht bei Ihrem Kind derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind 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"/>
Ist Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, aus welchem Grund?: _____		
Besteht eine Blutgerinnungsstörung oder nimmt Ihr Kind Blutverdünner (ASS, Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?: _____		
Ist bei Ihrem Kind 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 Jugendlichen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind folgende Schutzimpfung(en) erhält.

Ich erkläre, dass die Einwilligung im Einvernehmen mit der anderen sorgeberechtigten Person vorgenommen wird.

Ich bin allein sorgeberechtigt.

Tetanus Diphtherie Pertussis) Polio Masern / Mumps / Röteln

Influenza Windpocken Hepatitis B 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) bei meinem Kind nicht einverstanden.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Person 1

Unterschrift Sorgeberechtigte Person 2

Kind ist gesund Sorgeberechtigte/r hat keine weiteren Fragen

Sorgeberechtigte/r ist mit Impfung einverstanden

Sorgeberechtigte/r ist mit Impfung nicht einverstanden

Datum

Unterschrift des impfenden Arztes/der impfenden Ärztin