Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

Vor der Impfung erhalten Sie Informationen über die vorgesehene/n Impfung/en. Darin sind die wesentlichen Angaben zu Impfstoff, Durchführung der Impfung und möglichen Impfreaktionen und Impfkomplikationen enthalten.

NAME: GEBURTSDATUM:

ADRESSE:

TELEFONNUMMER:

KRANKENVERSICHERUNG:
☐ Gesetzlich, Name der Krankenkasse:
☐ Schutzsuchend, bei AOK Bremen/Bremerhaven versichert
☐ Privat, Name der Krankenversicherung:
☐ Nicht versichert

<u>Vor der Durchführung der Impfung bitten wir Sie um folgende Angaben:</u>

1. Sind Sie/ist Ihr Kind aktuell **krank** (Fieber, Schüttelfrost o.ä.)? ☐ ja ☐ nein
2. Liegt beim Impfling eine **Schwangerschaft** vor? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? ☐ ja ☐ nein
3. Wurde bei Ihnen/wurde bei Ihrem Kind in den letzten 4 Wochen eine **Impfung** durchgeführt oder planen Sie weitere Impfungen in den nächsten 4 Wochen?
   Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein
4. Sind Sie/Ihr Kind in den letzten 2 Wochen operiert worden oder ist eine **Operation** in den nächsten 2 Wochen geplant? ☐ ja ☐ nein
5. Erhielten Sie/erhielt Ihr Kind in den letzten 3 Monaten eine **Bluttransfusion** oder **Immunglobuline**?
   Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein
6. Haben Sie/hat Ihr Kind eine **chronische Erkrankung** (z.B. des Herz-/Kreislauf-, des Nervensystems oder der Lunge) oder leiden Sie/leidet es an einer **Immunschwäche** (z.B. durch eine Chemotherapie, eine immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?
   Wenn ja, an welcher? ☐ ja ☐ nein
7. Haben Sie/Hat ihr Kind eine **Blutgerinnungsstörung** oder nehmen Sie/nimmt es blutverdünnende Medikamente ein?
   Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein
8. Nehmen Sie/Ihr Kind **Medikamente** ein?
   Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein
9. Ist bei Ihnen/Ihrem Kind eine **Allergie** bekannt oder traten nach einer Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder sonstige ungewöhnliche Reaktionen auf?
   Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein

Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

☐ **Ich habe die Informationen über die Impfung/en zur Kenntnis genommen und verstanden, bin über Nutzen und Risiken der Impfung aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen bzw. konnte bestehende Fragen stellen.**
☐ **Ich habe die Datenschutzerklärung des Fachamts Gesundheit/des Instituts für Hygiene und Umwelt zur Kenntnis genommen.**

☐ **Ich willige in die folgende/n Impfung/en ein:**

	Tetanus/Diphtherie/ Pertussis (Keuchhusten)		Varizellen (Windpocken)		COVID-19
	Poliomyelitis (Kinderlähmung)		Meningokokken B		Humanes Papillomavirus (HPV)
	Hepatitis B		Meningokokken C		Herpes Zoster (Gürtelrose)
	Hib (Haemophilus influenzae Typ b)		Pneumokokken		Sonstige:
	Masern/Mumps/Röteln		Influenza (Grippe)		

Ärztliche Dokumentation:
☐ Impfling ist gesund
☐ keine weiteren Fragen

weitere Anmerkungen:

Datum und Unterschrift (Impfling oder Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift Impfärztin/Impfarzt	Chargenaufkleber

Unsere Datenschutzerklärung und allgemeinen Informationen nach den Art. 12-14 der Datenschutzgrundverordnung finden Sie hier: https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/bezirke/altona/bezirksamt/datenschutzerklaerung-gesundheit-51078

Bezirksamt Altona – Fachamt Gesundheit
Behringstraße 122, 22763 Hamburg

Hamburg