

Einverständniserklärung zur Impfung

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Er hat mir die Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Er hat mich ferner über die Art und Weise der Durchführung der Impfung, über die Art des Impfstoffes und über Beginn und Dauer des Impfschutzes informiert sowie darüber, wie ich mich nach der Impfung verhalten soll (z.B. Sportverbot/Saunaverbot für 24h).

- Tetanus (Wundstarrkrampf)* Diphtherie*Polio (Kinderlähmung)* Pertussis (Keuchusten)*
- Haemophilus influenza Typ b(Hib) Hepatitis B*
- Rotaviren
- Masern, Mumps, Röteln (MMR)*
- Windpocken (Varizellen)
- FSME (Zecken)
- Pneumokokken
- Meningokokken C / Meningokokken ACWY
- Meningokokken B
- HPV (Humane Papillomviren)
- Influenza (Grippe)
- RSV
- Varizella zoster (Gürtelrose)
- Hepatitis A+B*

* Die Stiko (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen. An Nebenwirkungen können u.a. auftreten: Lokale Reaktion, Allergie, Fieber, grippeähnliche Reaktionen.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfungen einverstanden.
- Ich lehne die Impfungen, die vorstehend gekennzeichnet sind ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfungen wurde ich von meinem Arzt informiert.

Datum _____

Unterschrift _____

(Sorgeberechtigte bitte namentlich unterzeichnen)