



Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:	Ja	Nein
Ist die Person, die geimpft werden soll, gegenwärtig gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist in den kommenden 4 Wochen eine Operation vorgesehen/bzw. ist in den letzten 4 Wochen eine Operation erfolgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Allergie? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befindet sich die Person, die geimpft werden soll, in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle? Wenn ja, warum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat die Person, die geimpft werden soll, Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nimmt die Person, die geimpft werden soll, Blutverdünner (ASS, Marcumar, NOAK)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traten nach vorangegangenen Impfungen Komplikationen auf? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei mir die folgende(n) Schutzimpfung(en) durchgeführt werden. Bei Fragen wende ich mich an die/den impfende(n) Ärztin/Arzt.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken) |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Pneumokokken |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten) | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> Masern/Mumps/Röteln | <input type="checkbox"/> Covid 19 |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae B |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Meningokokken C |
| <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Herpes zoster (Gürtelrose) |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Impfungen | |

Ort, Datum

Unterschrift

Vom Impfteam des Gesundheitsamtes auszufüllen:

Fragen zur Impfung konnten ausreichend geklärt werden/

keine weiteren Fragen: Aufklärende(r) Ärztin/Arzt: _____

Impfstoff: _____

Charge: _____ **Impfende(r) Ärztin/Arzt:** _____

Impfort: Oberarm links
 Oberarm rechts

Besonderheiten: _____

