



## Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_