



Impfaufklärung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Haben Sie eine Hühnereiweißallergie	J	N	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (außer Aspirin, ASS, Godamed)	J	N
Besteht eine Schwangerschaft	J	N	Haben Sie eine Therapie des Immunsystemes? (meistens besonders teuer)	J	N

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Tetanus, Diphtherie, Keuschhusten, Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Maser, Mumps, Röteln (Lebendimpfstoff) | <input type="checkbox"/> Gelbsucht A +/- B |
| <input type="checkbox"/> Windpocken (Lebendimpfstoff) | <input type="checkbox"/> Frühsommer Gehirnhautentzündung (FSME) |
| <input type="checkbox"/> Gürtelrose (Totimpfstoff) | <input type="checkbox"/> Grippe (vierfach) |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (23 valent) | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Liebe Patientinnen und Patienten,

Heute soll (en) o.g. Impfung(en) bei Ihnen durchgeführt werden. Bei sämtlichen aufgeführten Impfungen handelt es sich um Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommission des Robert-Koch- Instituts). Die Impfungen sind zu Ihrem Schutz und zum Schutz der Allgemeinheit sinnvoll. Die Impfungen schützen Sie vor den durch die eigentlichen Erreger verursachten Erkrankungen und die teilweise schweren Komplikationen die diese Erkrankungen auslösen können. Deshalb empfehlen auch wir Ihnen diese Impfungen.

In seltenen Fällen können Impfungen auch Nebenwirkungen auslösen. Diese sind Reaktionen (meist begrenzte Rötung, Überwärmung und kurzfristige Schmerzhaftigkeit der Einstichstelle) auf die Konservierungs- und Trägerstoffe Impfstoffe. Weiterhin können vorübergehend leichtes Krankheitsgefühl oder Fieber (bei entsprechenden Impfstoffen auch Hautausschläge) auftreten, diese werden als erfolgreiche Reaktion Ihres Immunsystems auf die Impfung gewertet. In Einzelfällen wurde über allergische Reaktionen berichtet. Schwerwiegende Komplikationen treten äußerst selten auf. Bei Bedarf klären wir Sie hierzu gesondert und persönlich auf.

- weitere Fragen habe ich keine
- Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfung(en) einverstanden
- Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfung(en) **nicht** einverstanden

Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Impflings: _____

Unterschrift Behandlers: _____