

Einverständniserklärung zur Impfung

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 den Nutzen und die 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**.

- Tetanus (Wundstarrkrampf)*
- Polio (Kinderlähmung)*
- Haemophilus influenza Typ b(Hib)
- Masern, Mumps, Röteln (MMR)*
- FSME (Zecken)
- Influenza (Grippe)
- Hepatitis A+B* Hepatitis A* Hepatitis B*
- Diphtherie*
- Pertussis (Keuchusten)*
- RSV (Respiratory-Syncycatial-Virus)
- Windpocken (Varizellen)
- Pneumokokken
- Meningokokken C
- HPV (Humane-PapillomaVviren)

*** Die Stiko (Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut) empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen**

An Nebenwirkungen können u.a. auftreten: Lokale Reaktion, Allergie, Fieber, grippale Reaktion, Rötung/Schwellung/Schmerzen an Einstichstelle.

- 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

Patientenname _____

Geburtsdatum _____

Datum _____ Unterschrift _____