

Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten), Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV), Meningokokken, Influenza (Virusgrippe), Pneumokokken, Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME), Tollwut, Typhus (Injektionsimpfstoff), Cholera

Vor Durchführung der Impfung wird um folgende zusätzliche Angaben gebeten:

1. Besteht beim Impfling eine akute Erkrankung?

- Ja nein

2. Leidet der Impfling an einer anderen schweren Erkrankung?

- Ja nein

wenn ja, welche:.....

3. Hat der Impfling eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden?

- Ja nein

4. Ist bei dem Impfling eine Allergie (z. B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika) bekannt?

- Ja nein

wenn ja, welche:.....

5. Traten bei dem Impfling nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

- Ja nein

wenn ja, welche:.....

Wenn sie mehr Informationen benötigen dann lassen sie sich durch die Assistentin einen Termin geben. Sie werden dann ausführlich beraten. Die Impfung wird dann erst nach diesem Gespräch wenn sie es wünschen durchgeführt.

Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

Name des Impflings:.....

Versicherungsnummer:.....

Ich habe den Inhalt des Merkblattes zur Kenntnis genommen und ich bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend durch den Impfarzt informieren zu lassen.

Ich habe keine weiteren Fragen, und willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) gegen

-
-
-
-
-

ein.

Ort, Datum: Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten

.....