

Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (Windpocken), Rotaviren, Gelbfieber, Typhus-Schluckimpfstoff

Vor Durchführung der Impfung wird um folgende zusätzliche Angaben gebeten:

1. Besteht beim Impfling Immundefizienz (erworben, angeboren, durch Medikamente bedingt)?
 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. Hat der Impfling in den vergangenen drei Monaten Immunglobulin (Gammaglobulin) erhalten oder wurde eine Bluttransfusion vorgenommen?
 Ja nein

5. Wurde bei dem Impfling in den vergangenen vier Wochen eine Schutzimpfung durchgeführt oder ist in den kommenden vier Wochen eine Schutzimpfung gegen andere Erkrankungen geplant?
 Ja nein

wenn ja, welche und wann:.....

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

wenn ja, welche:.....

7. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?
 Ja nein

8. Bei Impfung gegen Rotaviren. Hatte der Impfling in der Vergangenheit einen Darmverschluss?
 Ja nein

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

.....