

Einverständniserklärung für Impfungen

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse :

Geplante Impfungen:

- ☐ Tetanus-Diphtherie-Polio-Pertussis
- ☐ Grippe
- ☐ Corona
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Gürtelrose
- ☐ FSME
- ☐ RSV
- ☐ Masern-Mumps-Röteln
- ☐ sonstige Impfung:

Bevor die jeweilige Impfung durchgeführt werden kann, sind folgende Informationen erforderlich:

- Sind Sie aktuell akut erkrankt oder haben Sie Fieber? ☐ Ja ☐ Nein
- Sind Sie in den letzten vier Wochen geimpft worden? ☐ Ja ☐ Nein
- Ist innerhalb der nächsten Wochen ein operativer Eingriff geplant? ☐ Ja ☐ Nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? ☐ Ja ☐ Nein
 - Falls ja, welche?
- Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente oder Impfstoffe? ☐ Ja ☐ Nein
 - Falls ja, welche?
- Haben Sie in der Vergangenheit allergisch oder mit Komplikationen auf Impfungen reagiert? ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Angaben:

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung (en) einverstanden.
- ☐ Ich verzichte ausdrücklich auf ein ausführliches Aufklärungsgespräch.

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____