

Impfanamnese/Einverständniserklärung

Durchführung der Impfung gegen (Bitte ankreuzen/einfügen)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Tdap-IPV (4-fach) | ☐ Tdap (3-fach) | ☐ Td (2-fach) |
| ☐ Pneumokokken | ☐ Meningokokken | ☐ Polio (IPV) |
| ☐ Hepatitis A | ☐ Hepatitis B | ☐ Hepatitis A/B |
| ☐ FSME | ☐ Tollwut | ☐ Typhus |
| ☐ Cholera | ☐ Japan. Enzephalitis | ☐ Influenza |
| ☐ HPV | ☐ Varizellen | ☐ MMR |
| ☐ Herpes Zoster | ☐ Gelbfieber | |

Um das Risiko von Komplikationen zu verringern, bitten wir Sie folgende Frage gewissenhaft zu beantworten.

PatientenName, geb. am Geburtsdatum, Adresse

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Leiden Sie derzeit an einer Infektion bzw. Fieber? ☐ ja ☐ nein

- Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, wenn ja an welcher? ☐ ja ☐ nein

- Sind Allergien bekannt, wenn ja welche? ☐ ja ☐ nein

- Hatten Sie nach früheren Impfungen Komplikationen? ☐ ja ☐ nein

- Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Pradaxa) ☐ ja ☐ nein

- Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Ich habe die Informationen des Merkblattes bzgl. Indikation, Nutzen, Wirkung, Nebenwirkung und Komplikationsmöglichkeiten der Impfung zur Kenntnis genommen.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.

☐ Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile wurde ich informiert.

Ich bin über die notwendige Verweilzeit von 20 min. nach erfolgter Impfung aufgeklärt worden.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Impflings bzw. des Erziehungsberechtigten