

Chargen-Nr.

Einverständniserklärung zur Impfung

Mein/e Arzt/Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) **Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger**, die **Behandlungsmöglichkeiten** und über die **Schutzimpfungen** gegen diese Krankheit informiert. Er/Sie 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/Sie 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.

- | | |
|--|---|
| ☐ Diphtherie | ☐ Tetanus |
| ☐ Pertussis (Keuchhusten) | ☐ Polio (Kinderlähmung) |
| ☐ Haemophilus influenzae Typ b (Hib) | ☐ Hepatitis A |
| ☐ Masern, Mumps, Röteln (MMR) | ☐ Hepatitis B |
| ☐ RSV (respiratorisches Synzytial-Virus) | ☐ Windpocken (Varizellen) |
| ☐ Rotaviren | ☐ FSME |
| ☐ Meningokokken ACWY | ☐ Pneumokokken |
| ☐ Influenza (Virusgrippe) | ☐ HPV (Humane Papillomviren) |
| ☐ Sars-Cov-2 (Covid-19) | ☐ Gürtelrose (Herpes Zoster) |
| ☐ Pathologische Keime d. ableitenden Harnwege | ☐ Pathologische Keime der Vaginalflora |
| ☐ _____ | ☐ _____ |

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfung(en) einverstanden.
- ☐ Mein/e Arzt/Ärztin hat mich darüber informiert, dass zu folgenden Terminen _____ weitere Impfungen erforderlich sind. Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich an diese Termine erinnern.
- ☐ Ich lehne die Impfung(en), die vorstehend gekennzeichnet sind, ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung(en) wurde ich von meinem Arzt informiert.

Patientenname

Geburtsdatum

Datum Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter)

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin / Arzt