Einverständniserklärung zur Durchführung einer Schutzimpfung

Name der zu impfenden Person: _____

Geburtsdatum: _____

Impfung gegen (Erkrankung): _____

Impfstoff (Handelsname): _____

Chargennummer: _____ Verfalldatum: _____

1. Sind Sie / ist die zu impfende Person gegenwärtig gesund?

■ ja ■ nein Falls nein, nähere Angaben: _____

2. Liegt eine Allergie vor (insbesondere gegen Bestandteile des vorgesehenen Impfstoffs)?

■ ja ■ nein Falls ja, welche: _____

3. Traten nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

■ ja ■ nein Falls ja, welche: _____

Ich habe die Informationen zur vorgesehenen Schutzimpfung erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich wurde über Nutzen, mögliche Risiken, Nebenwirkungen und Gegenanzeigen der konkret vorgesehenen Impfung aufgeklärt und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

■ Ich habe keine weiteren Fragen.

■ **Ich willige in die mir vorgeschlagene Schutzimpfung gegen die oben eingetragene Erkrankung mit dem oben bezeichneten Impfstoff ein.**

■ Ich lehne die vorgeschlagene Schutzimpfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Vermerke / ergänzende Angaben: _____

_____

Ort, Datum: _____

_____ _____

Unterschrift der zu impfenden Person (ggf. sorgeberechtigte Person)

Unterschrift der aufklärenden / impfenden Person

Hinweis für die impfende Stelle: Diese allgemeine Vorlage ersetzt keine impfstoffspezifische Aufklärung und keine Prüfung weiterer, je nach Impfstoff erforderlicher Anamneseangaben und Kontraindikationen.